



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

RASSEGNA STAMPA

A cura dell'Ufficio Stampa dell'ASPAT



LA SANITÀ INEFFICIENTE ASPETTA IL COMMISSARIO

ANTONIO NARDONE

La sanità regionale è commissariata dal 2009. Da allora, la politica è stata tagliata fuori.

Troppi i ritardi, troppo elevato il debito, troppo impopolari le scelte da dovere prendere, troppi scaricabarile.

Basta. A un certo punto, da Roma, hanno deciso che il deficit doveva essere tagliato e che occorreva decisioni draconiane.

Ed eccola lì, la soluzione: un commissario con pieni poteri.

Per programmare, per organizzare, per dare indirizzi gestionali.

Insomma per fare il bello e il cattivo tempo, sotto la occhiuta supervisione del governo centrale.

All'inizio il commissario coincideva con la figura del governatore, ma questo era "schermato" da uno o più sub-commissari, che, di fatto, lo sostituivano del tutto, anche se sotto la regia occulta del presidente-commissario.

Facevano da cuscinetto, insomma, contro l'irruenza di soggetti politici, imprenditoriali, sociali e sindacali.

Con la legge di stabilità per il 2015 si è deciso che commissario per la sanità e governatore devono essere soggetti distinti.

Uno deve pensare a governare la regione, l'altro deve pensare ad amministrare solo la sanità e a ridurre il deficit.

E a me la scelta, tutto sommato, sembra giusta.

Il commissario deve poter adottare, in piena autonomia, le misure che sono necessarie e non più differibili.

E, per fare ciò, deve essere total-

mente libero da ogni forma di condizionamento, soprattutto dalle dinamiche e dalle pressioni della politica locale.

Quella, in altre parole, che si oppone ai tagli che incidono sul proprio bacino elettorale, quella che alza le barricate per la chiusura di reparti o ospedali inutili, quella che strepita per riorganizzazioni indigeste ai propri amici, quella che avanza petulanti suggerimenti di carriera.

Sono trascorsi sei mesi dalla elezione di Vincenzo De Luca al governo della Regione, e il presidente del Consiglio Matteo Renzi ancora non ha nominato il commissario.

E così il settore è al collasso.

Perché non è affatto vero che il commissario ha solo il compito di supervisionare i conti e che le attività assistenziali procedono egualmente.

No, l'assenza del commissario pesa come un macigno sul deficit e sulla qualità dell'assistenza sanitaria.

Facciamo alcuni esempi, per capire meglio.

Se non c'è il commissario, non si possono approvare gli atti aziendali delle Asl e delle aziende ospedaliere.

E questo ne provoca la paralisi operativa e impedisce di eliminare i reparti inutili o scarsamente efficienti.

Senza il commissario non può entrare a regime il piano di riassetto dei laboratori privati, e quindi non si possono eliminare i piccoli laboratori operanti senza garantire determinate soglie di produttività e di efficienza, che pesano sul deficit.

Senza il commissario non si può dare avvio completo al regime di ac-

creditamento delle strutture private, e così le nuove non riescono ad accreditarsi e le vecchie godono di troppi privilegi e di un regime di oligopolio anticoncorrenziale.

Il quale va a discapito della qualità dei servizi e delle prestazioni ai cittadini.

Senza il commissario è difficile garantire processi di stabilizzazione del personale da anni precario o, visto il blocco del turn over, assumere nuovo personale.

Insomma, c'è una generale paralisi operativa che alimenta un crescente contenzioso ed espone l'amministrazione a richieste risarcitorie di notevole impatto (chi chiede qualcosa e non ha risposta va dal giudice).

Una tela di Penelope all'incontro, insomma: di mattina si apportano tagli e di notte la tela del deficit viene stoltamente ritessuta.

Perché Renzi si attardi ulteriormente a nominare il commissario resta un mistero, che alimenta le voci, le supposizioni e i sospetti più disparati.

Ma ancora più misteriosa e, in un certo senso, stupefacente è la pazienza che il presidente della Regione mostra in tale vicenda.

La gestione della sanità impone competenza, esperienza, decisionismo e rapidità di esecuzione.

E chi ha il potere di investitura e non lo esercita ha le stesse responsabilità di chi osserva e non denuncia la gravità e la pericolosità di questa inerzia.

L'autore è avvocato amministrativista e docente di Legislazione sanitaria alla Federico II

© RIPRODUZIONE RISERVATA

“

PAZIENZA

Ancora più misteriosa è la pazienza che il presidente della Regione mostra in tale vicenda

”

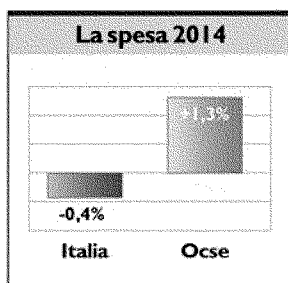
IL RAPPORTO 2015

Ocse, Italia giù per la spesa

Anche nel 2014 un calo dello 0,4% - Gap sulla terza età

Cure made in Italy al top con poca spesa. Il livello della spesa sanitaria sia pubblica che privata resta infatti sotto la media Ocse anche nel 2013 (in calo del -3,5%). E i dati preliminari 2014 indicano un'ulteriore riduzione dello 0,4%. Lacune sulla terza età. Il Report Ocse.

MAGNANO A PAG. 5



REPORT OCSE/ Nel 2014 spesa sanitaria ancora sotto la media e in discesa (-0,4%)

Una sanità senza mani bucate

Cure di qualità ma niente dentista per un italiano su 10 - Gap terza età

La qualità delle cure made in Italy resta al di sopra della media Ocse. E senza pesare troppo sul bilancio pubblico. La spesa sanitaria italiana sia pubblica che privata - in discesa in termini reali già a partire dal 2011 - resta infatti sotto la media Ocse anche nel 2013, con un valore pro capite pari a 3.077 dollari a fronte di una media pari a 3.453 dollari. Il calo è stato del -3,5% e i dati preliminari sul 2014 indicano un'ulteriore riduzione dello 0,4%. È quanto emerge dal Rapporto Ocse «Health at a Glance 2015» diffuso dall'organizzazione internazionale.

Il risultato è il prodotto di un mix di misure contenitive che hanno colpito tra l'altro la spesa farmaceutica, che tra il 2009 e il 2013 è scesa del 3,2 per cento. Un calo attribuibile in parte all'introduzione di farmaci generici, che sono quadruplicati dal 2000 ma che restano ancora sotto tono rispetto alla media: in Italia coprono infatti il 19% del mercato farmaceutico totale in volume e dell'11% in valore a fronte di medie Ocse rispettiva-

mente del 48 e del 24 per cento.

La spesa sanitaria italiana è relativamente bassa anche in termini di percentuale sul Pil con una quota dell'8,8% a fronte di una media Ocse dell'8,9 per cento. Ai primi posti svettano gli Stati Uniti con il 16,4% seguiti da Olanda e Svizzera (11,1%), Svezia e Germania (11%) e Francia (10,8%). Tra i Paesi con sistemi sanitari più simili al nostro, il Regno Unito ha una percentuale di spesa inferiore, pari all'8,5% del Pil. Rispetto al totale della spesa pubblica, quella sanitaria copre una fetta del 13% (media Ocse 15%).

I risultati in termini di salute della popolazione e di aspettativa di vita sono più che buoni, ma l'Italia resta indietro su assistenza agli anziani e prevenzione.

L'aspettativa di vita è di 82,8 anni (il quarto valore più alto dell'area Ocse). Ma dopo i 65 anni si vive peggio che in altri Paesi e l'aspettativa di vita in buona salute è tra le più basse dei Paesi Ocse, con solo 7 anni senza disabilità per le donne e circa 8 per gli uomini.

Tra i motivi, un'offerta inferiore di assistenza a lungo termine agli anziani rispetto alla maggior parte dei Paesi Ocse.

Tra le note dolenti, legate alla scarsa prevenzione, il primato di sovrappeso e obesità infantile e un peggioramento degli stili di vita tra i giovani, che consumano più alcol e tabacco.

In Italia, si legge nel Report, «i tassi di sovrappeso e obesità tra i bambini sono tra i più alti al mondo». Secondo l'Ocse un «fattore di rischio in espansione», in uno dei Paesi simbolo della dieta mediterranea. Tra i bambini italiani fino ai 9 anni, il tasso di sovrappeso rile-

vato è del 36% per i maschi e del 34% per le femmine, rispettivamente 11,7 e 11,9 punti percentuali in più della media Ocse. Un dato che mette il nostro Paese al quinto posto tra i membri dell'organizzazione, dietro solo a Grecia, Gran Bretagna, Usa e Nuova Zelanda. E inoltre aumentata la percentuale di quindicenni che dichiarano di esse-

re in sovrappeso, dal 14% del 2001 al 17% del 2010.

Cattive notizie anche sulle cure dentali: un italiano su 10 rinuncia al dentista perché non se lo può permettere.

E l'Italia continua a detenere il poco ambito primato dei parti cesarei che, seppur diminuiti, riguardano ancora più del 36% delle nascite. In generale, gli interventi di parto cesareo sono aumentati in quasi tutti i paesi dell'Ocse, passando dal 20 per cento nel 2000 a 28 per cento nel 2013. I motivi sono i più disparati: dall'aumento dell'età delle mamme alle nascite multiple per via della procreazione assistita, fino alla tendenza dei medici di operare per l'intervento chirurgico per ridurre eventuali responsabilità.

Continua in Italia la dieta dei posti letto. Nel 2013, secondo il report, sono stati calcolati nel nostro paese 18,9 posti letto per l'assistenza a lungo termine per mille

abitanti, quando la media Ocse è di ben 49,7 per mille abitanti. In calo anche i posti letto ospedalieri. Si tratta però di una tendenza che riguarda la maggior parte dei paesi Ocse: si è passati infatti da una media di 5,5 per 1.000 abitanti del 2000 a 4,8 nel 2013. In Italia il numero dei posti è diminuito raggiungendo i 3,4 per 1.000 abitanti. «Questa riduzione - si legge nel report - è stata guidata in parte dai progressi della medicina». Questi, infatti, hanno permesso di aumentare le prestazioni in day surgery, riducendo la necessità dei ricoveri ospedalieri.

I trend globali. Tutti i Paesi Ocse hanno un regime di copertura sanitaria universale per un insieme di servizi essenziali, eccetto Grecia, Stati Uniti e Polonia. In Grecia la crisi economica ha condotto a una perdita della copertura assicurativa sanitaria per i disoccupati di lungo termine e per molti lavoratori autonomi. Tuttavia, da giugno 2004, sono state prese misure per fornire alla popolazione priva di assicurazione un accesso ai farmaci prescritti e alle cure di pronto soccorso. Negli Stati Uniti, la percentuale della popolazione senza assicurazione è diminuita dal 14,4% nel 2013 all'11,5% nel 2014, a seguito dell'applicazione dell'Affor-

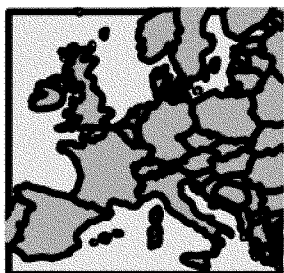
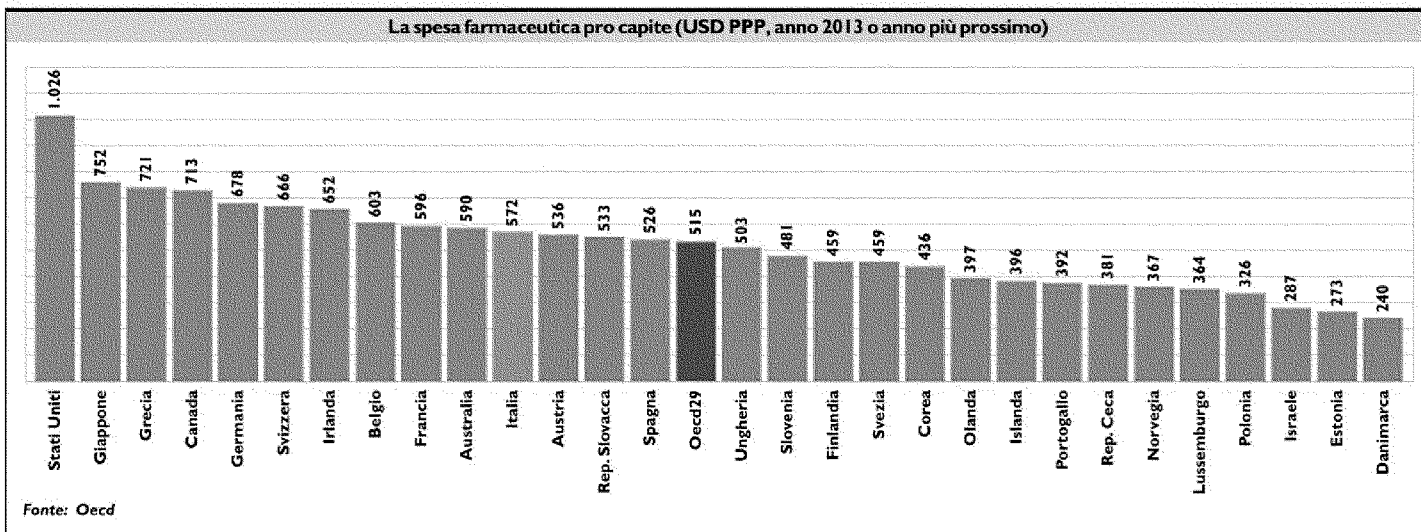
dable Care Act e si prevede che la quota di popolazione non assicurata diminuirà ulteriormente. In media circa il 20% della spesa sanitaria è sostenuta direttamente dai pazienti.

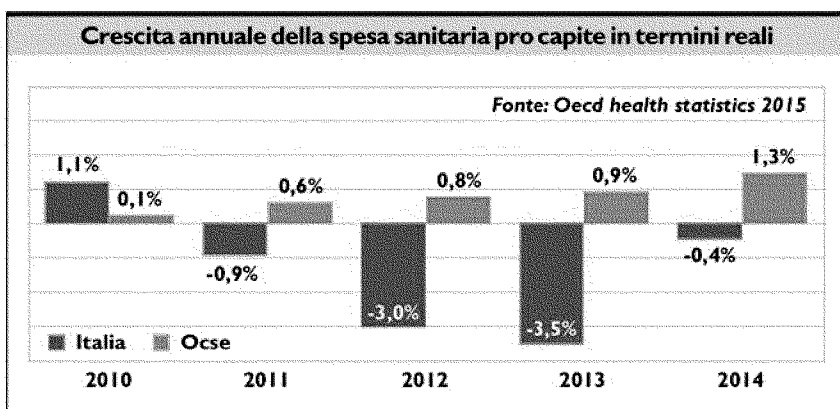
La spesa a carico delle famiglie varia da meno del 10% in Francia e nel Regno Unito, a oltre il 30% in Messico, Corea, Cile e Grecia. In Grecia, la quota della spesa sanitaria finanziata direttamente dalle famiglie è aumentata di 4 punti percentuali dal 2009, aumento che ha coinciso con la riduzione della spesa pubblica.

Le famiglie a basso reddito sono da quattro a sei volte di più propense a riportare esigenze non soddisfatte per le cure mediche e dentistiche per motivi finanziari o altri, rispetto alle famiglie con un reddito elevato. In alcuni Paesi, come la Grecia, è più che raddoppiata la quota della popolazione che dichiara di non avere accesso alle cure mediche necessarie durante la crisi economica.

Rosanna Magnano

La spesa farmaceutica pro capite (USD PPP, anno 2013 o anno più prossimo)





La spesa sanitaria pro capite in Italia è diminuita del 3,5% in termini reali nel 2013, il terzo anno consecutivo che vede una restrizione della spesa, e dati preliminari per il 2014 indicano un'ulteriore riduzione dello 0,4%.

Aspettativa di vita (in anni) in buona salute all'età di 65 anni, Paesi europei, 2013

Paese	Uomini	Donne	Paese	Uomini	Donne	Paese	Uomini	Donne
Islanda	15	15	Francia	10	11	Polonia	7	8
Norvegia	15	15	Portogallo	10	9	Grecia	8	7
Svezia	13	14	Ocse24	9	9	Italia	8	7
Danimarca	12	13	Olanda	10	9	Slovenia	7	8
Irlanda	11	12	Spagna	10	9	Germania	7	7
Belgio	11	11	Austria	9	9	Ungheria	6	6
Lussemburgo	11	11	Rep. Ceca	9	9	Estonia	5	6
Regno Unito	11	11	Finlandia	8	9	Rep. Slovacca	4	4
Svizzera	11	10						

Nota: i Paesi sono disposti in ordine decrescente di aspettativa di vita in buona salute dell'intera popolazione
Fonte: Eurostat database 2015



Errori

La maggior parte dei cittadini che si sente vittima lamenta errori nella terapia e nella diagnosi. Molti meno danno la colpa a infermieri e strutture



Medicine

Molte persone sono spinte a prendere quelle di marca, e non i generici. Pagando la differenza, perché il Ssn rimborsa solo il costo dei no-brand



Ticket

Aumentano le persone che non ne sopportano il peso. E non si curano perché è troppo gravoso sulla diagnostica e la specialistica



Salti costosi

L'intramoenia fa sì che si possano saltare le liste d'attesa pagando. Quando si devono aspettare mesi, i malati sono obbligati a sborsare

Sanità. Un anno per una mammografia e una Tac. Due per una protesi d'anca e uno per quella al ginocchio. Undici mesi per un'emia e nove per un'ecografia. Pe questo gli italiani pagano di tasca propria. Oppure rinunciano alle terapie

In lista d'attesa malati senza cure

MICHELE BOCCI

IL PROBLEMA È SEMPRE quello, l'accesso. I cittadini che si rivolgono al Sistema sanitario si trovano davanti liste di attesa lunghe e devono sostenere ticket piuttosto alti, due elementi che spingono verso il privato. Anche quest'anno il rapporto Pit-Salute del Tribunale diritti del malato-Cittadinanza attiva punta lo sguardo su quello che non funziona nella sanità. Lo fa elaborando i dati delle chiamate che arrivano alle varie sedi dell'associazione sparse in Italia, in tutto 330. La ricerca del 2014 è basata su poco più di 24mila segnalazioni. Magari non molte, ma il segno tangibile di ciò che disorienta i cittadini.

La maggior parte delle proteste riguarda le liste di attesa: sempre più persone attendono gli esami diagnostici e gli interventi chirurgici. I problemi maggiori li ha chi aspetta ecografie, mammografie e Tac, che in certi casi costringono i pazienti ad attendere tra i 12 e i 13 mesi. «Una tale tempistica di erogazione può seriamente compromettere il senso stesso dell'ipotesi di prevenzione o di diagnosi tempestiva, e comunque spinge il cittadino, solo quello che può permetterselo, ovviamente, al ricorso alla sanità intramuraria o addirittura privata» annota il rapporto. Ma l'esame per cui bisogna attendere maggiormente è la risonanza magnetica, l'accertamento che registra anche la maggiore quota di inappropriata a detta degli stessi radiologi. Quindi, un fiume in piena di persone ha in mano la richiesta per una Rmn, le liste si allungano. Basterebbe che i medici prescrivessero solo a chi ne ha bisogno: non ci sarebbero file e neanche pazienti frustrati perché non riescono a fare il test, importante visto che lo ha chiesto il dottore.

Ma se le prestazioni sono spessissimo prescritte in maniera inappropriata, certamente non lo sono le richieste di interventi chirurgici. In difficoltà i reparti di ortopedia, chirurgia generale e anche oncologia, cosa gravissi-

ma, commentano gli estensori del rapporto: «Si aspettano dai 7 mesi per la frattura al femore ai 12 per la protesi del ginocchio fino addirittura a 24 mesi per la ricostruzione mammaria e la protesi d'anca». E le stesse difficoltà ci sono per essere visitati da uno specialista: 13 mesi di attesa per uno psichiatra, 9 per un oculista e 8 per un cardiologo.

A fronte di questi ritardi chi può permetterselo ricorre all'intramoenia, ovvero prenotata, negli stessi ospedali e nelle stesse Asl, visite a pagamento in tempi spesso molto rapidi. Molti cittadini lo lamentano agli operatori del Pit. Come lamentano il fatto di dover pagare spesso i farmaci: alcune molecole innovative non sono rimborsate dal Ssn e, a fronte di una dichiarazione del medico che sarebbe meglio assumere un farmaco nuovo anche se a pagamento, chi può farlo apre il portafoglio. «L'accesso ai farmaci appare l'ambito maggiormente gravoso in termini economici», si legge nel rapporto. E poi, resta il tema molto discusso dei ticket sulla diagnostica e sulla specialistica: per alcuni amministratori è un argine all'abuso, ma il rischio è che finisca con l'arginare solo i più poveri.

Lo stesso accade per le terapie riabilitative: tradizionale terreno di abuso, di prescrizioni più che inappropriate, di fisioterapie dispendiate a man bassa senza una vera ragione medica. Risultato, sono le prime ad essere state ridimensionate dai nuovi piani delle regioni. Molte strutture convenzionate sono state sforbicate. E, in questo giusto tentativo di razionalizzare il settore riabilitativo, si è gettato via il bambino con l'acqua sporca. Ora non c'è più spazio nemmeno per chi ha veramente bisogno. Nemmeno per chi ha necessità di riabilitazione dopo un incidente, un ictus o in conseguenza di una grave patologia degenerativa. Insomma, da questo piccolo spaccato emerge un paese in difficoltà. Il Servizio sanitario arranca, in particolare nel centro-sud del paese dove, per stessa ammissio-

ne del ministero, la maggior parte dei cittadini non ha accesso ai livelli essenziali di assistenza. Non ci sono risorse per la salute mentale e le famiglie sono lasciate sole a combattere con un caro disagio che richiede dedizione, tempo, o denaro per essere assistito. Mentre prende corpo una sanità a pagamento, dalle visite specialistiche alle Tac ai nuovi farmaci. Che divide gli italiani a metà: chi può vi accede, chi non può non si cura.

©RIPRODUZIONE RISERVATA

Troppi sprechi per la riabilitazione

E oggi i tagli. Così è negata anche

dopo traumi, incidenti o ictus



Crisi Ssn

Gli italiani lamentano la difficoltà di curarsi: colpa soprattutto delle liste d'attesa per interventi chirurgici e esami diagnostici

Quelli che scappano

In punta di diritto, un cittadino italiano che abbia bisogno di ricevere cure in una regione diversa da quella di residenza, deve essere assistito e rimborsato dalla sua Asl. Nei fatti, molti migrano dal sud al nord del paese perché le liste d'attesa sono troppo lunghe o perché sanno che non riceveranno cure adeguate nell'ospedale dietro l'angolo. In pole position c'è l'ortopedia seguita da tutte le chirurgie, dalla neurologia e dalle malattie rare. Ma il rovescio della medaglia è che la regione in cui risiede il malato deve poi pagare a quella che lo cura. E questo, a oggi, ha fatto la fortuna di Lombardia, Veneto ed Emilia-Romagna, innanzitutto. Così, stando alla maggioranza delle segnalazioni in materia di viaggi della speranza, ricevute dal Pit Salute, accade che le Asl tardino enormemente a rimborsare le spese

dirette sopportate dalle famiglie, ma quel che è peggio fanno melina nel concedere le autorizzazioni; sommergendo i malati di burocrazia e lungaggini. Le segnalazioni arrivano da tutto il meridione, Sicilia compresa, dove la prassi è tale che si dice: "il miglior medico è l'aereo". Quindi, regioni che non riescono a organizzare i servizi e sono abituate a pagare le virtuose del nord, ma che oggi sono costrette a ripianare i deficit; e cominciano col far desistere i cittadini che devono salire su un treno per avere quelle cure che a casa non trovano. Cosa accade a quelli che non possono anticipare i costi, né ricorrere alle prestazioni a pagamento nei centri del nord? Semplicemente non ci vanno. (d.m.)

Geni & burocrazia

Hanno nomi complicati: ossalosi, trombofilia, sindrome di Klippel-Feil. Ma anche celebri, come celiachia o Sla. E colpiscono poche persone: una malattia si definisce rara quando ne soffre non più del 5 per cento della popolazione. Ma sono sempre di più: la genomica ha permesso di identificare molte patologie di cui non si conosceva l'origine e che venivano confuse con altre. A oggi, quelle censite sono circa 8000. Vecchie conoscenze o nuove arrivate col sequenziamento del genoma che siano, queste malattie non hanno quasi mai una cura; il che si fa ancora più grave se si pensa che il 30 per cento delle patologie pediatriche severe sono "rare". Il Piano del ministero in materia dispone un elenco e dispone che chi soffre di una malattia nell'elenco sia esente dai ticket. E qui nascono due problemi, stando alle

segnalazioni al Pit Salute. Da un lato c'è la solita melina: ritardi e burocrazia impediscono il riconoscimento dell'esenzione. Dall'altro, c'è il fatto che molte patologie non sono in quell'elenco e se ne aggiungono ogni giorno, man mano che la ricerca ne identifica i profili genetici. Sarebbe bene quindi rivedere l'elenco e, comunque, mettere a punto un sistema che non faccia pagare ai malati le discrasie tra ricerca e burocrazia. Non solo: questi pazienti non hanno cure, e traggono beneficio da terapie riabilitative, ovvero quelle più tagliate nelle sforbiate degli ultimi anni. Così i malati hanno difficoltà anche ad avere quelle terapie che sole possono alleviare il peso della patologia. (d.m.)

A PAG. 17

Odontoiatria

Dentisti vessati da federalismo e abusivismo e schiacciati dal peso della burocrazia

IL CAHIER DES DOLÉANCES DEGLI ODONTOIATRI FNOMCEO

Dentisti vessati da federalismo, abusivismo e burocrazia

Il tema della modifica del Titolo V della Costituzione è particolarmente importante in quanto, nell'attuale stesura, si crea una frammentazione di competenze tra Stato e Regioni aumentando, in tal modo, la spesa sanitaria e le disuguaglianze tra i cittadini delle diverse Regioni. A questo riguardo posso fare un esempio chiaro e tangibile dal punto di vista odontoiatrico: il tema del regime autorizzativo per l'apertura di uno studio medico. L'attuale situazione prevede che ciascuna Regione legiferi al riguardo, con la conseguenza che si sono venuti a creare 21 diverse procedure per l'apertura di uno studio odontoiatrico con conseguente sconcerto da parte dei nostri professionisti che, spesso, per studi che distano poche centinaia di metri, si trovano di fronte a regole diverse, accertamenti personalizzati e disomogenei.

La Cao nazionale si è resa parte diligente in un Gruppo di lavoro costituito presso il ministero della Salute, che è riuscito a predisporre un regolamento univoco che avrebbe dovuto essere emanato dal ministero stesso ma che, per ragioni incomprensibili, non ha mai visto la luce.

Ecco, quindi, la doppia "beffa" tutta burocratica: in assenza di una regolamentazione univoca, capita che un odontoiatra incorra in sanzioni per problemi autorizzativi e un altro in altra provincia, ma con le stesse caratteristiche e pari diritti no. E la seconda, ancora più grave, è che il regolamento mancante avrebbe potuto costituire un'ulteriore arma da utilizzare per consentire un accertamento continuo sull'esercizio abusivo della professione che tanti danni fa in termini di salute.

Ed è proprio il tema dell'esercizio abusivo della professione un'altra que-

stione che ancora la burocrazia tende, mi verrebbe da dire, a "insabbiare". È noto a tutti che è stato approvato al Senato il provvedimento sull'abusivismo professionale destinato a modificare l'articolo 348 del codice penale. Il provvedimento, votato all'unanimità, attende ora l'esame della Camera. Nel testo approvato a Palazzo Madama sono infatti previste sanzioni fino a 50 mila euro per chi esercita abusivamente una professione e si prevede anche la reclusione da sei mesi a due anni (per le lesioni gravi) e da un anno e sei mesi a quattro anni (per lesioni gravissime).

Mi chiedo come è possibile che una norma così importante non abbia ancora trovato approvazione e, quindi, applicazione, lasciando che l'esercizio abusivo venga sanzionato con 500 euro (quando a vendere abusivamente nelle fiere i palloncini si incorre in una sanzione di 5.000 euro). Sono sotto gli occhi di tutti i danni provocati da illegittimi esercenti la professione medica a danno di cittadini ignari e inconsapevoli, danneggiati da un eccesso di burocratizzazione da parte delle istituzioni che, a oggi, non sono ancora riuscite a concludere l'iter di riforma dell'articolo 348 del Cp.

Le lobby di prestanomi e abusivi sembrano suscitare maggiore interesse clientelare in alcuni apparati e singoli politici.

Quando si parla di programmazione, di fabbisogno, di formazione, mi domando quale futuro attenda i giovani. Non solo l'intero apparato burocratico, con una incredibile "parcellizzazione" di competenze fra i diversi ministeri, sembra impegnarsi in tutta una serie di azioni che paiono rivolte a una riforma piuttosto "gattopardiana", ma

quel che mi sembra più grave, è la perdita totale del buon senso che sembra ormai prevalere.

Innanzitutto faccio riferimento, riguardo la programmazione e i corsi di laurea in medicina e odontoiatria, ai tagli orizzontali che hanno penalizzato quei corsi virtuosi assimilandoli ai corsi di laurea meno qualificati che non formano adeguatamente i propri studenti. Più volte ho ricordato che il Miur non aveva neanche attivato l'Anvur - Agenzia nazionale di valutazione del sistema universitario e della ricerca - (come aveva garantito già nel corso delle riunioni effettuate gli anni scorsi) a svolgere le site visits necessarie per il controllo della qualità della formazione, con la verifica di adeguate strutture, numero delle docenze e attività di tirocinio pratico-clinico degli studenti. E il paradosso è che ci troviamo di fronte a tanti corsi di laurea per pochi studenti invece che a pochi corsi di laurea (altamente qualificati) per un adeguato numero di studenti.

Non posso non ricordare l'attivazione di un nuovo corso di laurea a Salerno carente di qualsiasi requisito strutturale e organizzativo e quel che è peggio, ricordare i tentativi di creare succursali straniere in Italia con l'evidente scopo di consentite ai giovani, che non hanno superato i test di accesso, di accedere, comunque, alla professione. L'ateneo di Tor Vergata ha firmato un accordo di reciprocità con un ateneo albanese (quindi, di un paese non comunitario), certamente nella piena e riconosciuta autonomia e in perfetta legalità, ma lasciando l'accesso non solo ai residenti albanesi, ma aprendolo ai cit-

adini Italiani. Il numero programmato non può diventare un concetto astratto sottoposto a continui e interessati aggiornamenti diretti in sostanza a privilegiare gli studenti abbienti, che possono so-

stenere gli onerosi costi di iscrizione, a danno dei meno agiati che invece sono costretti a passare sotto le "forche caudine" dei test di accesso.

Bisogna uscire dall'ipocrisia: se il numero programmato è solo una finzione, che lo si dica apertamente senza nascondersi dietro astuzie burocratiche in cui, oltretutto, gli interessi clientelari sono evidenti.

Il testo sulla responsabilità professionale. Un piccolo commento sul complesso iter che sta seguendo la Pdl in materia di responsabilità professionale del personale sanitario. Le ultime recentissime novità sono gli emendamenti proposti dal relatore Federico Gelli che, per quanto riguarda gli aspetti penali, ha introdotto il principio che l'esercente la professione sanitaria che provochi, attraverso imperizia, la morte o le lesioni alla persona assistita, risponderà dei reati di omicidio colposo e lesioni personali solo in caso di colpa grave. Il sanitario potrà, però, dimostrare la propria innocenza qualora dimostri di aver seguito le raccomandazioni cliniche

che verranno emanate dalle Società scientifiche riconosciute dal ministero della Salute. Si tratta di un emendamento che in sostanza può essere anche condiviso anche se la giurisprudenza in questo campo ha dimostrato troppe diverse interpretazioni. Si pensi in parte alle diverse sentenze e alle diverse conclusioni cui la stessa magistratura è giunta nell'applicare il principio della cd legge Balduzzi. Ancora più interessante è l'emendamento riguardante la responsabilità civile che sarebbe di carattere contrattuale (con tutte le conseguenze del caso: onere della prova a carico delle strutture pubbliche o private, che si avvalgono di medici o infermieri); le strutture stesse, inoltre, vedrebbero la loro responsabilità ulteriormente ampliata anche per quanto concerne le prestazioni sanitarie svolte in regime intramoenia e attraverso la telemedicina.

Di natura extracontrattuale, in capo all'esercente la professione. Rimarrebbe, invece, di carattere contrattuale la responsabilità per quanto riguarda le prestazioni dei libero professionisti.

È del tutto evidente, come al libero professionista vengano applicate le stesse misure delle strutture pubbliche e private ponendo i singoli esercenti la professione sullo stesso piano delle strutture organizzative complesse e cre-

ando una disparità evidente tra stessi professionisti che operano nello stesso settore e con uguali responsabilità e doveri nei confronti del paziente. Di fatto, si viene a determinare un doppio binario per la responsabilità civile che diversifica le prestazioni pubbliche da quelle private. La beffa: lo stesso medico che opera in struttura ospedaliera e ha lo studio privato è sottoposto a due regimi diversi pur praticando l'identica prestazione professionale! In sostanza siamo alle solite e se gli emendamenti presentati saranno definitivamente approvati si configura un'attenzione "negativa" per i liberi professionisti che ne risulterebbero oltre che danneggiati in termini di responsabilità assimilati alle imprese.

Giuseppe Renzo
presidente Cao nazionale

**Regione che vai
regole che trovi
Penalizzanti
le novità sul risk**



Patto per la salute la sfida di Napoli alle broncopatie

IL CONGRESSO

MALATTIE respiratorie, inquinamento e aumento dell'asma e delle allergie. Napoli capitale scientifica per tre giorni. È il congresso nazionale dell'Aipo (Associazione italiana pneumologi ospedalieri) che inizia domani e si conclude sabato alla Mostra d'Oltremare. Duemila partecipanti di cui oltre trecento tra relatori e moderatori interverranno alle sessioni ispirate al tema "Qualità e sostenibilità: le sfide per la pneumologia". Da Fausto De Mi-

chele, presidente Aipo, a Gennaro D'Amato, responsabile del gruppo di lavoro Gard "Ambiente, clima e salute respiratoria" e coordinatore della sezione di studio "Broncopneumopatie, asma e Malattie allergiche" a Carlo Zerbino, direttore generale dell'Associazione, ognuno darà un particolare contributo alla comunicazione delle novità.

Spiega De Michele, direttore della I Pneumologia del Cardarelli: «È la più importante occasione di confronto. Saranno affrontate le più recenti innovazioni nella diagnosi e nella terapia di patologie acute e croniche: noi abbiamo dieci milioni di pazienti affetti da patologie respiratorie croniche che assorbono inger-

ti risorse del fondo sanitario a fronte di soli tremila pneumologi attivi in Italia. Da soli i medici non ce la fanno, perciò bisogna individuare modelli di cooperazione con altre figure, mediche e non, per garantire l'accesso alle cure. E poi, gli sprechi: prestazioni non appropriate, ripetizione di esami inutili e non corretta prescrizione di farmaci». Durante la tre giorni si discuterà della cosiddetta "cronicità respiratoria" con una relazione di Paola Pisanti. Tra i temi caldi, un ruolo da protagonista è riservato all'inquinamento atmosferico e al suo impatto sulle patologie respiratorie correlate ai cambiamenti climatici. Carlo Schiattarella, vicepresidente del Comitato civico Vomero-Arenella, parlerà del "Monitoraggio della qualità dell'aria: condizioni meteo e livelli degli inquinanti", mentre i rappresentanti dell'associazione Medici per l'ambiente Gennaro Esposito e Gaetano Rivezzi si soffermeranno sull'inquinamento nella Terra dei Fuochi. Altrettanto interessante la sessione dedicata all'emergenza mondiale della tubercolosi, la malattia infettiva più diffusa e tra quelle che richiedono particolare attenzione. Senza sconfinare in strumentali allarmismi collegati ai fenomeni migratori, è necessario — spiega-

Per tre giorni alla Mostra d'Oltremare 300 pneumologi a confronto su ambiente, clima e inquinamento

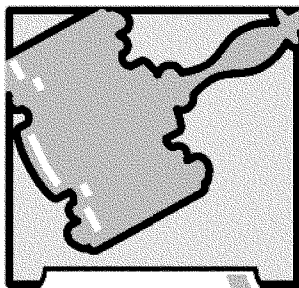
no gli esperti — preoccuparsi dell'aumento costante dei fattori di rischio nella popolazione autoctona. E in questo ambito verrà analizzato il ruolo dello pneumologo e dell'utilizzo dei nuovi farmaci attivi contro le forme multi-resistenti insieme allo sviluppo di nuovi vaccini.

(g. d. b.)

Il Sole **24 ORE**
Sanità

Giurisprudenza recente sui livelli essenziali

*Il conflitto di competenze
istituzionali in materia di Lea
nelle sentenze della Consulta
sulle leggi finanziarie
degli ultimi anni*



**Massimario delle principali
sentenze amministrative e della Consulta
(seconda parte)**

a cura della Redazione "PubblicaAmministrazione24"

Lea: le sentenze della Consulta

Le pronunce della Corte costituzionale in materia di livelli essenziali di assistenza in un excursus che parte dal 2002. Fotografia di un braccio di ferro tra Stato e Regioni sulle competenze a partire dalla materia dei finanziamenti integrativi fino ai limiti organizzativi relativi ai servizi territoriali sanitari, come il Sert. Un ping pong che parte dalle norme contenute nelle leggi finanziarie e che riesce a restituire un vivido ritratto della situazione politico-istituzionale sulla sanità dell'ultimo decennio. Tra materie economiche e adempimenti locali, le pronunce fanno chiarezza (non senza alcune contraddizioni) su chi deve fare cosa e sui confini delle potestà legislative su questioni che riguardano direttamente la salute pubblica e l'organizzazione dei servizi.

FINANZIAMENTI

- **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Intervenuta legiferazione statale non preceduta da verifica e accordo in sede di conferenza Stato-Regioni - Ricorsi regionali - Denunciata violazione dei principi di buon andamento e leale collaborazione - Esclusione - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 280 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, censurati, in riferimento agli articoli 97 e 120 della Costituzione, nella parte in cui disciplinano le condizioni per l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004, senza una «preventiva verifica e accordo in sede di conferenza Stato-Regioni». Invero, a prescindere dal rilievo per cui i parametri evocati a sostegno della doglianza appaiono del tutto inconferenti, conformemente alla costante giurisprudenza della Corte, le procedure di leale cooperazione possono applicarsi ai procedimenti legislativi «solo in quanto l'osservanza delle stesse sia imposta, direttamente o indirettamente, dalla Costituzione». (In senso conforme, si vedano le citate, tra le molte, sentenze 196/2004 e 437/2001).

- **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Ritenuta preclusione di ogni rivendicazione futura su eventuali disavanzi derivanti da sottostima del Fondo sanitario nazionale - Ricorsi regionali - Denunciata violazione dell'autonomia legislativa e finanziaria delle Regioni - Esclusione - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, commi 280 e 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, censurati, in riferimento agli articoli 117 e 119 della Costituzione, nella parte in cui, per l'accesso

delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004, precluderebbero «ogni rivendicazione futura su eventuali disavanzi (sorti negli anni passati per la sottostima del Fondo sanitario nazionale e per assicurare i Lea)». Invero, pur in una situazione di perdurante inattuazione dell'articolo 119 della Costituzione, la vigente legislazione di finanziamento del Servizio sanitario nazionale trova origine in una serie di accordi fra Stato e Regioni, che spesso ne hanno anche successivamente sviluppato e integrato la normativa, quantificando anche i corrispondenti livelli di spesa. La stessa offerta "minimale" di servizi sanitari non è unilateralmente imposta dallo Stato, ma viene concordata per taluni aspetti con le Regioni in sede di determinazione dei Livelli essenziali di assistenza (Lea). Pertanto, non si può attribuire esclusivamente allo Stato la causa del deficit del Servizio sanitario, giacché, in larga misura, sia le prestazioni che le Regioni sono tenute a garantire in modo uniforme sul territorio nazionale, sia il corrispondente livello di finanziamento sono oggetto di concertazione tra lo Stato e le Regioni stesse, con la conseguenza che non sussiste un obbligo costituzionale dello Stato di ripianare integralmente il deficit pregresso.

- **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Subordinazione del finanziamento all'adozione di misure future - Ricorsi regionali - Denunciata irragionevolezza e lesione del principio di buon andamento del Servizio sanitario - Censure non ridondanti in lesione delle competenze regionali - Inammissibilità della questione.**

È inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, censurato, in riferimento agli articoli 3 e 97 della Costituzione, nella parte in cui, per l'accesso delle Regioni

al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004, istituisce un collegamento tra il ripiano di un disavanzo finanziario già verificatosi e l'adozione di misure che avranno efficacia in futuro, estranee alle cause del disavanzo. Invero, posto che si è escluso che le norme impugnate incidano in termini riduttivi sulla sfera delle competenze costituzionalmente protette delle Regioni, costituisce giurisprudenza costante della Corte quella secondo cui le Regioni «possono far valere il contrasto con norme costituzionali diverse da quelle attributive di competenza legislativa soltanto se esso si risolve in una esclusione o limitazione dei poteri regionali, senza che possano aver rilievo denunce di illogicità o di violazione di principi costituzionali che non ridondino in lesione delle sfere di competenza regionale». (Negli stessi termini si vedano, citate, sentenza 116/2006; fra le molte, analogamente, sentenze n. 383 e 50/2005; 287/2004).

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Necessità della stipula di un accordo tra Stato e Regioni con deficit particolarmente grave sul Piano sanitario 2006-2008, sul perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza (Lea) e sulle misure di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie - Ricorsi regionali - Denunciata violazione dell'autonomia legislativa, finanziaria e amministrativa delle regioni - Esclusione - Non fondatezza delle questioni.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 281, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, censurato, in riferimento agli articoli 117, 118 e 119, della Costituzione, nella parte in cui, per effetto della mancata attuazione da parte dello Stato dell'articolo 119 della Costituzione, per le Regioni che abbiano un deficit particolarmente grave, subordina l'accesso al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004 alla stipula di un accordo tra Stato e Regioni sul Piano sanitario 2006-2008, nonché alla stipula di un'ulteriore particolare intesa sull'adozione di misure di contenimento dei tempi di attesa delle prestazioni sanitarie e sul perseguimento dell'equilibrio economico nel rispetto dei Livelli essenziali di assistenza». Invero, lo speciale contributo finanziario dello Stato - in deroga al precedente obbligo espressamente previsto dalla legislazione sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale che siano le Regioni a coprire gli eventuali deficit del Servizio sanitario regionale - ben può essere subordinato a particolari condizioni finalizzate a conseguire un migliore o più efficiente funzionamento del complessivo Servizio sanitario, tale da riservare in ogni caso alle Regioni un adeguato spazio di esercizio delle proprie competenze nella materia della tutela della salute. Né può in alcun modo assumere rilievo il fatto che, mentre il contributo si riferisce a un deficit pregresso, le condizioni siano imposte per il futuro, dal momento che con esse si persegue l'obiettivo di rendere il Servizio sanitario più efficiente. Né può sottovalutarsi, altresì, che il parziale ripianamento del deficit da parte dello Stato permette che le risorse regionali, altrimenti destinate a coprire tale deficit, possano essere utilizzate autonomamente dalla Regione interessata per il miglioramento del proprio Servizio sanitario. Inoltre, la scelta delle Regioni di aderire alle intese e agli accordi di cui ai commi 280 e 281 dell'impugnata disposizione non può neppure ritenersi coartata, dal momento che le Regioni potrebbero pur sempre scegliere di non addivenire alle intese in questione, facendo fronte al deficit con i propri strumenti finanziari e organizzativi.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Ricorsi regionali - Sopravvenute intese tra Stato e Regioni aventi causa nelle disposizioni impugnate - Richiesta di dichiarazione di cessazione della materia del contendere - Reiezione.**

Deve essere respinta la richiesta di cessazione della materia del contendere a causa del raggiungimento, nelle more del giudizio, delle intese previste dall'impugnato articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, non potendosi escludere un effetto su di esse conseguente a un eventuale accoglimento delle questioni proposte. Infatti, secondo la giurisprudenza della Corte, la cessazione della materia del contendere riguarda le ipotesi in cui le norme impugnate non abbiano avuto e non possano avere più applicazione, e non l'ipotesi inversa in cui esse abbiano già trovato applicazione, quando un'eventuale pronuncia di accoglimento della Corte potrebbe reintegrare l'ordine costituzionale asseritamente violato. Inoltre, l'adesione spontanea alle intese da parte delle Regioni ricorrenti non incide sulla perdurante attualità dell'interesse al ricorso, poiché nel giudizio in via principale non trova applicazione l'istituto della acquiescenza. (In relazione alla cessazione della materia del contendere, si vedano, citate, sentenze 53/2000; n. 370 e 216/2006 e 345/2004. In relazione all'inapplicabilità dell'istituto dell'acquiescenza nel giudizio principale, si vedano, fra le molte, citate le sentenze 74/2001, 20/2000, 382/1999).

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Ricorso della Regione Friuli-Venezia Giulia - Evocazione, quali parametri, delle norme statutarie e motivazione con riferimento al riparto costituzionale delle competenze - Riferibilità delle censure agli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione in virtù della clausola di maggior favore prevista dalla legge costituzionale 3/2001.**

Relativamente alla Regione Friuli-Venezia Giulia - la quale, da un lato, indica nel ricorso come parametri del giudizio le norme statutarie relative alle proprie competenze legislative in materia di "igiene e sanità, assistenza sanitaria e ospedaliera", alle corrispondenti funzioni amministrative e all'autonomia finanziaria e, dall'altro, motiva il medesimo con riferimento al riparto costituzionale delle competenze - deve ritenersi che, ai sensi dell'articolo 10 della legge costituzionale 3/2001, la competenza di cui all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione in tema di tutela della salute, è più favorevole rispetto a quanto previsto nello statuto di questa Regione in materia di "igiene e sanità, assistenza sanitaria e ospedaliera". Pertanto, possono essere individuati come parametri comuni per tutte le Regioni ricorrenti l'articolo 117, terzo comma, e l'articolo 118 della Costituzione, nonché il principio costituzionale di autonomia finanziaria di cui all'articolo 119. (In senso conforme si veda, citata, sentenza 134/2006).

■ **Giudizio di legittimità costituzionale in via principale - Ricorsi regionali - Mancata indicazione dei parametri costituzionali nelle delibere delle Giunte regionali - Ammissibilità dei ricorsi salvo che abbiano a oggetto un'intera legge di contenuto eterogeneo.**

La mancata indicazione, nelle delibere delle Giunte regionali di autorizzazione alla proposizione dei ricorsi, degli specifici parametri costituzionali che si asseriscono lesi dalle disposizioni impugnate, non costituisce ragione di inammissibilità dei ricorsi, posto che l'indicazione degli stessi è necessaria soltanto quando il ricorso ha a oggetto un'intera legge di contenuto eterogeneo. In tale ultimo caso, infatti, soltanto attraverso la motivazione, è possibile ricostruire quali specifiche norme l'organo consiliare abbia inteso effettivamente censurare, tra le molte che compongono, senza omogeneità, l'intero testo normativo oggetto dell'impugnazione.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Ricorso della Regione Friuli-Venezia Giulia - Evocazione, quali parametri, delle norme statutarie e motivazione con riferimento al riparto costituzionale delle competenze - Riferibilità delle censure agli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione in virtù della clausola di maggior favore prevista dalla legge costituzionale 3/2001.**

Le questioni di legittimità costituzionale dell'articolo 1 commi 279, 280 e 281, della legge 23 dicembre 2005 n. 266, promosse dalla Regione Friuli-Venezia Giulia vanno scrutinate in riferimento all'articolo 117, comma 3, e all'articolo 118 della Costituzione, nonché al principio costituzionale di autonomia finanziaria di cui all'articolo 119, in quanto, ai sensi dell'articolo 10 della legge costituzionale 18 ottobre 2001 n. 3, la competenza di cui all'articolo 117, comma 3, della Costituzione in tema di tutela della salute, è più favorevole rispetto a quanto previsto nello statuto speciale della Regione in materia di "igiene e sanità, assistenza sanitaria e ospedaliera" (sentenza 134/2006).

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Ricorso della Regione Friuli-Venezia Giulia - Evocazione, quali parametri, delle norme statutarie e motivazione con riferimento al riparto costituzionale delle competenze - Riferibilità delle censure agli articoli 117, 118 e 119 della Costituzione in virtù della clausola di maggior favore prevista dalla legge costituzionale 3/2001.**

Relativamente alla Regione Friuli-Venezia Giulia - la quale, da un lato, indica nel ricorso come parametri del giudizio le norme statutarie relative alle proprie competenze legislative in materia di "igiene e sanità, assistenza sanitaria e ospedaliera", alle corrispondenti funzioni amministrative e all'autonomia finanziaria e, dall'altro, motiva il medesimo con riferimento al riparto costituzionale delle competenze - deve ritenersi che, ai sensi dell'articolo 10 della legge costituzionale 3/2001, la competenza di cui all'articolo 117, terzo comma, della Costituzione in tema di tutela della salute, è più favorevole rispetto a quanto previsto nello statuto di questa Regione in materia di "igiene e sanità, assistenza sanitaria e ospedaliera". Pertanto, possono essere individuati come parametri comuni per tutte le Regioni ricorrenti l'articolo 117, terzo comma, e l'articolo 118 della Costituzione, nonché il principio costituzionale di autonomia finanziaria di cui all'articolo 119. (In senso conforme si veda, citata, sentenza 134/2006).

■ **Sanità - Legge finanziaria 2006 - Finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003, 2004 - Condizioni per l'accesso delle Regioni - Subordinazione del finanziamento all'adozione di misure future - Ricorsi regionali**

- **Denunciata irragionevolezza e lesione del principio di buon andamento del Servizio sanitario - Censure non ridondanti in lesione delle competenze regionali - Inammissibilità della questione.**

È inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266, censurato, in riferimento agli articoli 3 e 97 della Costituzione, nella parte in cui, per l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo statale per il ripiano dei disavanzi del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2002, 2003 e 2004, istituisce un collegamento tra il ripiano di un disavanzo finanziario già verificatosi e l'adozione di misure che avranno efficacia in futuro, estranee alle cause del disavanzo. Invero, posto che si è escluso che le norme impugnate incidano in termini riduttivi sulla sfera delle competenze costituzionalmente protette delle Regioni, costituisce giurisprudenza costante della Corte quella secondo cui le Regioni «possono far valere il contrasto con norme costituzionali diverse da quelle attributive di competenza legislativa soltanto se esso si risolve in una esclusione o limitazione dei poteri regionali, senza che possano aver rilievo denunce di illogicità o di violazione di principi costituzionali che non ridondino in lesione delle sfere di competenza regionale». (Negli stessi termini si vedano, citate, sentenza 116/2006; fra le molte, analogamente, sentenze n. 383 e 50/2005; 287/2004).

● *Corte costituzionale, sentenza 21 marzo 2007, n. 98*

STANDARD QUALITATIVI

■ **Sanità - Piano sanitario nazionale - Tipologie di assistenza, servizi e determinazione degli standard - Intesa con la Conferenza Stato-Regioni - Mancata previsione - Incostituzionalità.**

È incostituzionale l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della Salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, anziché previa intesa con la conferenza stessa.

■ **Sanità - Livelli essenziali di assistenza (Lea) - Determinazione degli standard qualitativi e quantitativi - Adozione con regolamento del ministro della Salute - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Questione di legittimità costituzionale - Denunciata violazione del principio di legalità sostanziale - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, censurata per violazione del principio di legalità sostanziale, in quanto non detterebbe «alcuna disciplina di base idonea a circoscrivere il potere normativo secondario». Premesso che già la prima legislazione in tema di "Livelli essenziali di assistenza" nel settore sanitario e precedente alla adozione del nuovo titolo V, contenuta nel Dlgs 502/1992 conteneva alcuni, ancorché generali, criteri per la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni sanitarie, pur rinviandone la specificazione al Piano sanitario nazionale e che le modifiche successive hanno sì determinato la procedura da seguire per la determinazione in via amministrativa dei Lea, ma hanno mantenuto i principi precedenti e il ruolo di quadro generale di riferimento del Piano sanitario nazionale, la determinazione degli standard

e dei Lea risulta delimitata dai principi generali del Dlgs 502/1992 e dalle determinazioni del Piano sanitario nazionale, le quali pur se limitate appaiono tuttavia sufficienti in considerazione della natura altamente tecnica della materia, ferma restando la necessità dell'intesa in sede di Conferenza permanente.

■ **Sanità - Regione - Determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria (cd Lea) - Individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale - Adozione con regolamento del ministro della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento delle Regioni, con lesione del principio di leale collaborazione - Necessità di previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Illegittimità costituzionale in parte qua.**

È costituzionalmente illegittimo l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della Salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano». Premesso che, nel nuovo titolo V, la materia "tutela della salute" è assai più ampia rispetto alla precedente "assistenza ospedaliera" e che quindi anche in riferimento alle attribuzioni proprie delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome deve ritenersi che in questa materia l'applicazione dell'articolo 10 della legge costituzionale 3/2001, trovi fondamento nella maggiore estensione della "tutela della salute" rispetto alle corrispondenti competenze statutarie in materia sanitaria, con il contemporaneo assoggettamento delle stesse ai limiti, espressi o impliciti, di cui al nuovo titolo V, e in particolare all'esercizio detta competenza esclusiva in tema di determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti diritti civili e sociali, e premesso altresì che la determinazione dei suddetti livelli, almeno nelle linee generali, sia operata dallo Stato con legge, che individui inoltre adeguate procedure e precisi atti formali per procedere alle specificazioni e articolazioni ulteriori che si rendano necessarie, la disposizione censurata, la quale conferma esplicitamente la disciplina dell'articolo 54 della legge 289/2002 - che per le modifiche ai Livelli essenziali di assistenza, stabilisce che le relative determinazioni siano adottate con Dpc d'intesa con la Conferenza permanente - ma, «anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale», prevede che possano essere «fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza» con regolamento del ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle finanze, «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano», riduce illegittimamente le modalità di coinvolgimento in questo procedimento delle Regioni (la mera richiesta di un parere alla Conferenza unificata), in quanto, se anche la determinazione degli standard e delle tipologie di assistenza e dei servizi trova giustificazione costituzionale nella lettera m) del comma 2 dell'articolo 117 della Costituzione, non può ipotizzarsi che venga meno per essi proprio la più incisiva forma di leale collaborazione fra Stato e Regioni

prevista dalla legislazione vigente per la determinazione dei Livelli essenziali di assistenza mediante procedure non legislative.

■ **Corte costituzionale - Costituzionalità (questione di) - Giudizio di legittimità costituzionale in via principale - Determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria (cd Lea) - Clausola di salvezza delle disposizioni degli statuti delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome - Idoneità a escludere il conflitto con le competenze regionali e provinciali - Esclusione.**

Nel giudizio di legittimità costituzionale in via principale dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311, il quale affida a un regolamento del ministro della Salute la determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi relativi ai livelli essenziali di assistenza (cd Lea), va escluso che il denunciato conflitto con le competenze delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome possa essere impedito dal comma 569 del medesimo articolo 1, secondo il quale «le disposizioni della presente legge sono applicabili nelle regioni a statuto speciale e nelle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibil-

mente con le norme dei rispettivi statuti» Si tratta, infatti, di disposizione generica rispetto a norme del medesimo testo di legge che risultano formulate in termini inequivoci come riferite a tutte le Regioni e, comunque, la natura stessa dei cd Lea impone di riferirne la disciplina normativa anche ai soggetti ad autonomia speciale.

■ **Sanità - Determinazione degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli essenziali di assistenza sanitaria - Adozione con regolamento del ministro della Salute - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Denunciata violazione del principio di legalità sostanziale - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169, della legge 31/1/2004 sollevata in relazione agli articoli 8, numero 1), numero 9), numero 10) e numero 16), del Dpr 670/1972 5, numero 16), e 8 della legge costituzionale 1/1963, 117, commi quarto e sesto, della Costituzione, in relazione all'articolo 10 della legge costituzionale 3/2001; al Dpr 474/1975 «con particolare riferimento all'articolo 2»; all'articolo 2 del decreto legislativo 266/1992; ai principi costituzionali di legalità sostanziale e di leale collaborazione, in quanto la disposizione impugnata non detterebbe «alcuna disciplina di base idonea a circoscrivere il potere normativo secondario». Infatti la determinazione degli standard e dei Lea è delimitata dai principi generali del Dlgs 502/1992 e dalle determinazioni del Piano sanitario nazionale, mentre sul piano procedurale resta prevista in ogni caso, anche per effetto dell'odierna pronuncia, l'intesa in sede di Conferenza permanente. Tenendo presente che si opera nell'ambito di una materia altamente tecnica come quella della individuazione delle prestazioni relative all'assistenza sanitaria, le pur limitate predeterminazioni legislative di criteri e di limiti al potere normativo secondario appaiono sufficienti per escludere il vizio denunciato.

■ **Sanità - Determinazione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi, di cui ai Livelli essenziali di assistenza sanitaria (cd Lea) - Individuazione delle tipologie di assistenza e dei servizi relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale - Adozione con regolamento del ministro della Salute, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Ricorsi della Regione Friuli-Venezia Giulia e della Provincia autonoma di Trento - Ingiustificata riduzione delle modalità di coinvolgimento delle Regioni, con lesione del principio di leale collaborazione - Necessità di previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano - Illegittimità costituzionale in parte qua.**

Va dichiarata - in relazione agli articoli 8, numero 1), numero 9), numero 10) e numero 16), del Dpr 670/1972 5, numero 16), e 8 della legge costituzionale 1/1963, 117, commi quarto e sesto, della Costituzione, in relazione all'articolo 10 della legge costituzionale 3/2001; al Dpr 474/1975 «con particolare riferimento all'articolo 2»; all'articolo 2 del decreto legislativo 266/1992; ai principi costituzionali di legalità sostanziale e di leale collaborazione - l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169, della legge 31/1/2004, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della Salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano».

■ **Sanità - Livelli essenziali di assistenza (Lea) - Standard qualitativi e quantitativi - Articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004 n. 311 (legge finanziaria 2005) - Questione di legittimità costituzionale - Fondatezza.**

È costituzionalmente illegittima la disposizione di cui all'articolo 1, comma 169, della legge 31/1/2004, nella parte in cui prevede che il regolamento del ministro della Salute, che determina «gli standard qualitativi strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito e quantitativi» relativi ai livelli essenziali di assistenza, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano».

● Corte costituzionale, sentenza 31 marzo 2006, n. 134

ORGANIZZAZIONE

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Realizzazione del Centro nazionale di adroterapia oncologica - Mancata previsione dell'intesa con le Regioni ai fini delle scelte relative alla localizzazione e alle attività - Asserita violazione di competenze regionali - Rinuncia, in sede di trattazione orale, al motivo di ricorso prospettato dalla Regione ricorrente - Inammissibilità della questione per difetto di interesse.**

È inammissibile la questione di legittimità costituzionale relativa all'articolo 52, comma 21, della legge 289/2002, nella parte in cui non prevede alcuna forma di "codecisione" delle Regioni né in ordine alla localizzazione del Centro nazionale di adroterapia oncologica, né in ordine all'attività che esso è chiamato a svolgere, sollevata in riferi-

mento agli articoli 117 e 119 della Costituzione, per difetto d'interesse della ricorrente. Infatti la difesa di quest'ultima, in sede di discussione orale, ha sostanzialmente rinunciato al prospettato motivo di ricorso.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Organizzazione e finanziamento di congressi, convegni e riunioni da parte delle imprese farmaceutiche autorizzate all'immissione in commercio di medicinali - Riduzione al 50%, eccezion fatta per gli eventi espressamente autorizzati dalla commissione nazionale per la formazione continua - Asserita violazione dell'autonomia organizzativa del servizio sanitario - Esclusione - Censura rivolta a una norma contenente un principio di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 52, comma 19, della legge 289/2002, nella parte in cui la stessa norma limita la possibilità per le imprese farmaceutiche di contribuire a organizzare, mediante finanziamenti anche indiretti, convegni, congressi o riunioni, nella misura massima del 50% di quelli notificati al ministro della Salute, esonerando da tale limitazione solo gli eventi espressamente autorizzati dalla Commissione nazionale per la formazione continua, sollevata in relazione all'articolo 117 della Costituzione. E invero, la norma in esame contiene un principio di razionalizzazione e contenimento della spesa farmaceutica a carico del Servizio sanitario nazionale, dato il concreto rischio che gli oneri organizzativi delle imprese farmaceutiche potrebbero trasferirsi sui prezzi anche dei medicinali forniti dalle stesse al servizio sanitario, con conseguente aumento dei costi da esso sopportati. In ogni caso, le eventuali limitazioni alle iniziative "promozionali" delle imprese farmaceutiche non possono pregiudicare in alcun modo l'autonomia organizzativa della Regione ricorrente.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Organizzazione e finanziamento di congressi, convegni e riunioni da parte delle imprese farmaceutiche autorizzate all'immissione in commercio di medicinali - Riduzione al 50%, eccezion fatta per gli eventi espressamente autorizzati dalla commissione nazionale per la formazione continua - Asserito contrasto con l'autonomia privata e di iniziativa economica delle imprese farmaceutiche - Evocazione di parametri costituzionali non riguardanti la sfera di attribuzioni regionali - Inammissibilità della questione.**

È inammissibile la censura avente a oggetto l'articolo 52, comma 19, della legge 289/2002, nella parte in cui la stessa norma limita la possibilità per le imprese farmaceutiche di contribuire a organizzare, mediante finanziamenti anche indiretti, convegni, congressi o riunioni, nella misura massima del 50% di quelli notificati al ministro della Salute, esonerando da tale limitazione solo gli eventi espressamente autorizzati dalla Commissione nazionale per la formazione continua, per asserita violazione dell'articolo 41 della Costituzione. Infatti il lamentato contrasto con l'autonomia privata e di iniziativa economica delle imprese farmaceutiche non riguarda la sfera di attribuzioni regionali.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Razionalizzazione della spesa sanitaria - Adempimenti cui sono tenute le Regioni ai fini dell'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazio-**

nale per gli anni 2003, 2004 e 2005 - Svolgimento continuativo, presso gli ospedali pubblici, degli accertamenti diagnostici fino alla copertura del servizio per i sette giorni della settimana e previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere - Asserita violazione dell'autonomia legislativa e finanziaria delle regioni - Esclusione - Prefissione nelle disposizioni censurate, rispettivamente, di un principio in termini di risultato e di un principio che sollecita le Regioni a configurare un trattamento sanzionatorio per i direttori generali - Non fondatezza delle questioni.

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 52, comma 4, lettere c) e d), della legge 289/2002 sollevata in relazione agli articoli 117 e 119 della Costituzione, nella parte in cui le disposizioni in esse contenute subordinano l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo a determinate condizioni. Infatti, per quanto riguarda l'articolo 52, comma 4, lettera c), la previsione della legge statale, concernente «adeguate iniziative» regionali per favorire lo svolgimento continuativo degli accertamenti diagnostici «nella prospettiva dell'eliminazione o contenimento delle liste di attesa» e con l'obiettivo finale della copertura del servizio nei sette giorni della settimana, non impone affatto obblighi lesivi della competenza legislativa regionale, ma costituisce proprio la prefissione di un principio in termini di risultato, che lascia alla discrezionalità delle Regioni la scelta delle misure organizzative più appropriate per la realizzazione degli scopi indicati. Per quanto riguarda l'articolo 52, comma 4, lettera d), la norma impugnata, che prescrive l'adozione, da parte delle Regioni, di «provvedimenti» diretti a prevedere la «decadenza automatica» dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico, non può essere considerata, per il suo tenore letterale, come impositiva di un obbligo cogente, che elimini in materia ogni spazio di autonomia legislativa e organizzativa regionale e deve essere letta come recante un principio che «sollecita» le Regioni a configurare, per le ipotesi di mancato conseguimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie, un'apposita disciplina relativa all'irrogazione della misura della decadenza dei rispettivi direttori generali.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Razionalizzazione della spesa sanitaria - Adempimenti cui sono tenute le Regioni ai fini dell'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005 - Previsione della decadenza automatica dei direttori generali in caso di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere - Asserita «sogettiva privazione del lavoro nell'amministrazione» e previsione di una misura sanzionatoria incompatibile con il buon andamento dell'amministrazione - Evocazione di parametri costituzionali non riguardanti (direttamente o indirettamente) la tutela della sfera di autonomia regionale - Inammissibilità della questione.**

È inammissibile la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 52, comma 4, lettera d), della stessa legge 289/2002 - nella parte in cui subordina l'accesso delle Regioni al finanziamento integrativo del Servizio sanitario nazionale alla condizione che esse adottino provvedimenti diretti a prevedere la decadenza automatica dei direttori generali nell'ipotesi di mancato raggiungimento dell'equilibrio economico delle aziende sanitarie e ospedaliere -, in

riferimento ai profili di preteso contrasto con gli articoli 4, 51 e 97 della Costituzione, posto che si tratta di parametri costituzionali, che non riguardano, direttamente o indirettamente, la tutela della sfera di autonomia regionale.

■ **Sanità - Legge finanziaria 2003 - Razionalizzazione della spesa sanitaria - Adempimenti cui sono tenute le Regioni ai fini dell'adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004 e 2005 - Asserita violazione dell'autonomia regionale a causa dello «squilibrio strutturale» tra risorse finanziarie e obbligazioni di spesa delle Regioni - Esclusione - Carattere incentivante, da parte della disposizione censurata, del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e del miglioramento del livello di assistenza - Non fondatezza della questione.**

Non è fondata la questione di legittimità costituzionale dell'intero comma 4 dell'articolo 52 della legge 289/2002, il quale, prevedendo un adeguamento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale per gli anni 2003, 2004, 2005, cui le Regioni possono accedere subordinatamente a specifici adempimenti e condizioni, lederebbe, secondo la ricorrente, l'autonomia regionale, determinando, in violazione dell'articolo 119, comma quarto, della Costituzione, uno «squilibrio strutturale» tra risorse finanziarie e obbligazioni di spesa delle Regioni, incompatibile con il principio dell'integrale finanziamento delle funzioni pubbliche attribuite alle Regioni. E invero, tenuto conto del complessivo quadro normativo ai fini del contenimento della spesa sanitaria e degli oneri a carico del servizio sanitario nazionale, la disposizione in esame costituisce espressione del carattere «incentivante» del finanziamento statale ai fini del conseguimento degli obiettivi di programmazione sanitaria e del connesso miglioramento del livello di assistenza, sicché gli ulteriori adempimenti richiesti alle Regioni costituiscono condizione necessaria per «l'accesso all'adeguamento del finanziamento del Ssn», in conformità al consolidato schema - perdurando l'attuale regime transitorio di applicazione dell'articolo 119 della Costituzione - di regolazione finanziaria tra Stato e Regioni nel settore sanitario.

● *Corte costituzionale, sentenza 27 gennaio 2005, n. 36*

SERVIZI

■ **Sanità - Servizi per le tossicodipendenze delle Asl (Sert-T) - Disciplina ministeriale dettata con atto sostanzialmente regolamentare - Ricorsi della Provincia autonoma di Trento e della Regione Emilia Romagna - Lamentata lesione delle prerogative costituzionali delle ricorrenti, dei principi di legalità e di leale collaborazione - Accoglimento dei ricorsi regionali - Annullamento conseguente del decreto ministeriale impugnato - Assorbimento della decisione sull'istanza di sospensione.**

Non spetta allo Stato determinare ulteriori limiti organizzativi e funzionali in materia di Sert-T (Servizi per le tossicodipendenze delle aziende sanitarie locali), con forme e modalità non riconducibili alla speciale procedura di determinazione dei livelli essenziali di assistenza nel settore sanitario legislativamente stabilita, e di conseguenza - in accoglimento dei ricorsi proposti dalla Provincia autonoma di Trento e dalla Regione Emilia Romagna - va annulla-

to il decreto del ministro della Salute 14 giugno 2002, emanato di concerto con il ministro del Lavoro e delle politiche sociali, in quanto tale atto - le cui disposizioni integrano e modificano il decreto ministeriale 30 novembre 1990, n. 444 - non è stato adottato dall'organo previsto (Presidente del Consiglio dei ministri) e previa consultazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome; limitando con ciò l'autonomia organizzativa di Regioni e Province autonome in materia sanitaria, non può essere ritenuto espressivo del potere statale garantito dall'articolo 117, secondo comma, lettera m), della Costituzione. La pronuncia di merito assorbe la decisione sull'istanza di sospensione dell'atto impugnato.

● *Corte costituzionale, sentenza 27 marzo 2003, n. 88*

PROTOCOLLI TERAPEUTICI

■ **Sanità - Regione Marche - Sospensione obbligatoria di determinate pratiche terapeutiche in tutto il territorio regionale - Potestà legislativa concorrente - Ricorso del Presidente del Consiglio dei ministri - Contrasto della legislazione regionale con i principi fondamentali della materia, riservati alla competenza dello Stato - Illegittimità costituzionale - Assorbimento di altri profili.**

È costituzionalmente illegittima la legge della Regione Marche 13 novembre 2001, n. 26 (Sospensione della terapia elettroconvulsivante, della lobotomia prefrontale e transorbitale e altri simili interventi di psicoturgia), in quanto viola la competenza statale sulla definizione dei

principi fondamentali nelle materie di legislazione concorrente, secondo il disposto dell'articolo 117, 3° comma, della Costituzione fino a che il ministero della Salute non definisca in modo certo e circostanziato le situazioni cliniche per le quali tali terapie, applicate secondo protocolli specifici, sono sperimentalmente dimostrate efficaci e risolutive e non sono causa di danni temporanei o permanenti alla salute del paziente. Infatti - posto che la "tutela della salute" costituisce, ai sensi dell'articolo 117, 3° comma, della Costituzione, oggetto della potestà legislativa concorrente delle Regioni, la quale si esplica nel rispetto della competenza riservata allo Stato per la «determinazione dei principi fondamentali» - l'intervento del legislatore regionale prescinde in questo caso dai principi fondamentali rinvenibili nel sistema della legislazione vigente (diritto fondamentale della persona malata a essere curata e rispettata come persona e principio dell'autonomia e responsabilità del medico nelle sue scelte professionali) e si presenta, invece, come una scelta legislativa autonoma, non fondata su specifiche acquisizioni tecnico-scientifiche verificate da parte degli organismi competenti, ma dichiaratamente intesa a scopo cautelativo in attesa di futuri accertamenti che dovrebbero essere compiuti dall'autorità sanitaria nazionale.

● *Corte costituzionale, sentenza 26 giugno 2002, n. 282*

*(Fine seconda e ultima parte.
La prima parte è stata pubblicata sul n. 39/2015)*

Altolà
corruzione

Contratti pubblici, incarichi e nomine, gestione delle entrate, delle spese e del patrimonio controlli, verifiche, ispezioni. Queste le aree di rischio generale per la sanità, su cui interviene l'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione.

VAZZA A PAG. 8

CORRUZIONE/ L'aggiornamento del Piano Anac scritto insieme al ministero e all'Agenas

Sanità «sorvegliata speciale»

Un capitolo sugli ambiti a rischio - Trasparenza e controlli rafforzati

Sono bastati due mesi di lavoro all'Anac di **Raffaele Cantone** per presentare l'aggiornamento del Piano nazionale anticorruzione con il capitolo dedicato alla sanità. Ed è la prima volta che accade. A settembre infatti si era insediato il tavolo tecnico. E in una triangolazione virtuosa, Anac, Agenas e ministero della Salute hanno dato vita a un lavoro congiunto che ha portato alla definizione del capitolo sulla sanità. È un segnale chiaro e inedito. Si dice nero su bianco che quello della salute è un ambito vulnerabile, fragile davanti alle tentazioni della corruzione. E per questo in circa 15 pagine si analizza il contesto, focalizzando le aree di rischio: contratti pubblici; incarichi e nomine; gestione delle entrate e del patrimonio; controlli e verifiche. Il presidente dell'Authority **Raffaele Cantone** ha definito il piano sulla sanità «coraggioso», mentre la ministra **Beatrice Lorenzin** ha parlato di «manuale della prevenzione della corruzione». E **Francesco Bevere**, numero uno Agenas ha parlato di «un lavoro straordinario realizzato in appena un anno di collaborazione».

Il privato accreditato. Ma c'è un'altra voce da considerare attentamente: quella dei contratti con il privato accreditato. Definito un ambito «particolarmente esposto» a fenomeni di corruzione, ma anche di malagestione delle risorse su cui occorre vigilare. Tanto che il Governo con decreto approvato oggi nel Cdm ha deciso di estendere al privato accreditato le norme del Decreto Cantone, varato un anno fa in piena emergenza Expo. D'ora in poi potranno essere commissariati le strutture accreditate «che versano in situazione di anomalie gestionali e condotte illecite», ma

continuando a erogare i servizi ai cittadini. Ed è il caso dell'Ospedale Israelitico di Roma, dove dal 24 ottobre risulta sospesa l'autorizzazione sanitaria da parte della Regione Lazio. Con questo provvedimento del Governo i servizi potranno essere erogati nonostante la situazione dell'atto di sequestro preventivo da parte della Procura.

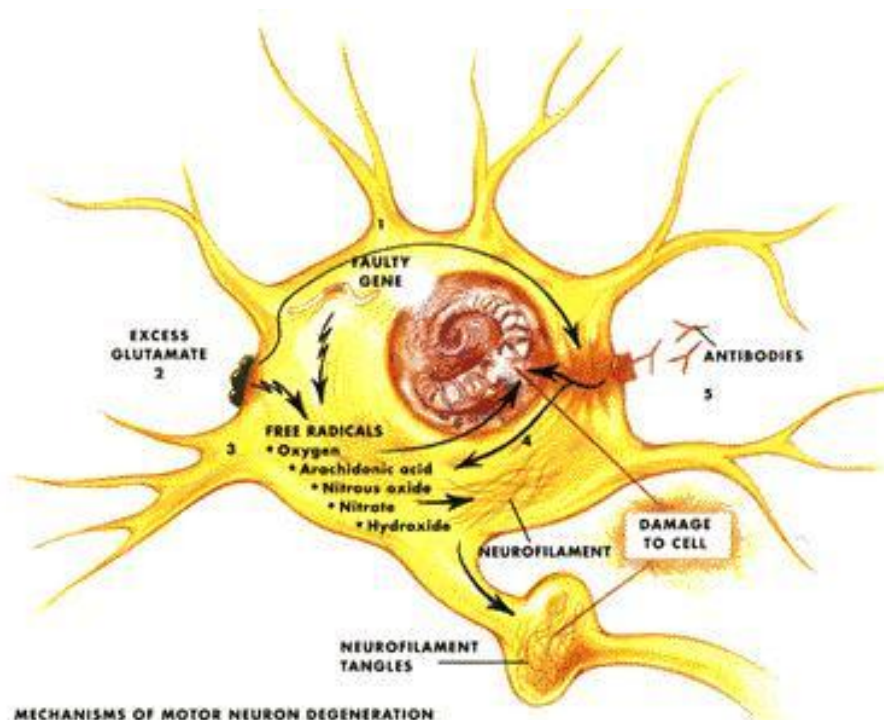
Anticorpi contro la malagestione. Per ogni rischio, l'Anac individua l'antidoto: soluzioni pratiche per evitare quelle zone grigie dove si può nascondere la corruzione. In poche pagine si passano al setaccio quelle zone rosse del nostro Ssr dove solo l'introduzione di «anticorpi» può prevenire episodi di corruzione e malagestione della cosa pubblica. La chiave è l'intervento diretto su acquisti, rotazione degli incarichi e contratti con i privati, attraverso la creazione di regole certe per correggere rapidamente la rotta. E il piano lo dice chiaramente. Per i contratti, l'area X è quella degli acquisti dove occorre promuovere la trasparenza. Mentre per incarichi e nomine delle aziende si chiede la definizione di linee guida per chiarire i criteri di valutazione e con la pubblicazione degli atti garantire la trasparenza e l'imparzialità. La gestione delle entrate e del patrimonio è un'altra area critica dove la tracciabilità è l'arma vincente insieme all'implementazione del programma di lavoro previsto dal Pac (percorso attuativa di certificabilità) per gli enti del Ssn. E poi c'è il capitolo della vigilanza. Dove gli estensori individuano nella definizione di standard procedurali la chiave per uscire dal pantano.

Lucilla Vazza



Associazione Sanità Privata Accreditata Territoriale

Medicina News



La ricerca



Ricerca Nuove frontiere per la vascolarizzazione cardiologica

Allo studio la proteina della lunga vita

Riuscire ad arrivare a compiere cento anni di età potrebbe non essere un traguardo così lontano. È in corso uno studio, già in fase avanzata, condotto da Carmine Vecchione responsabile del programma di riabilitazione cardiologica dell'azienda ospedaliera Ruggi e da Annibale Puca docente presso il Dipartimento di medicina e chirurgia dell'Università di Salerno.

La ricerca ha permesso di individuare la proteina Lav la cui somministrazione riesce a ripristinare la funzione vascolare in modelli sperimentali di disfunzione dell'endotelio che rappresenta un denominatore comune in numerose patologie cardiovascolari. Attualmente - come spiega Vecchione - «stiamo

somministrando la proteina nei topi anziani valutandone nel tempo la mortalità». Secondo quanto riscontrato in laboratorio, la somministrazione della proteina Lav potenzia il rilascio di ossido nitrico «elemento fondamentale - afferma Vecchione - per un corretto funzionamento della struttura vascolare e per buon controllo della pressione arteriosa». I risultati dicono che nel ratto iperteso la proteina riduce i livelli pressori, normalizzandoli. Altra «importante» proprietà della proteina - sottolinea il medico - «è quella di evocare angiogenesi infatti - aggiunge - la somministrazione in un arto ischemico, in modelli sperimentali, facilita la crescita di circoli collaterali evitando l'amputazione dell'arto».

I gruppi di ricerca, coordinati da Vecchione e Puca, stanno portando avanti ulteriori analisi nelle strutture IRCCS Neuromed di Pozzilli e Multimedia di Milano convenzionate con l'Ateneo di Salerno.

SALUTE ► PRIMARIA E SECONDARIA, LA PREVENZIONE RIDUCE IL RISCHIO DI MORTALITÀ DA TUMORI

Uno stile di vita sano aiuta a prevenire alcune gravi patologie

Oramai si sa: adottare stili di vita salutari è importante non solo per rimanere in forma, ma soprattutto per ridurre il rischio di sviluppare un cancro.

Sono due i tipi di prevenzione che si possono mettere in atto: la prevenzione primaria e quella secondaria.

Seguire una corretta alimentazione, evitare il fumo, fare attività fisica e non abusare nell'assunzione di alcol sono accorgimenti che rientrano nella prevenzione primaria. Lo scopo della prevenzione primaria è quello di ridurre l'incidenza del cancro tenendo sotto controllo i fattori di rischio e aumentando la resistenza individuale a tali fattori, ovvero di evitare l'insorgenza del tumore.

Dirette a tutta la popolazione o a particolari categorie di persone considerate "ad alto rischio" come ad esempio i fumatori, le strategie di prevenzione primaria comprendono anche i vaccini contro specifici agenti infettivi che aumentano il rischio di cancro, quali il virus dell'epatite B (tumore del fegato) o il Papilloma virus umano (HPV, responsabile del cancro della cervice uterina).

Lo scopo della prevenzione secondaria, invece, è quello di individuare il tumore in uno stadio molto precoce in modo che sia possibile trattarlo in maniera efficace e ottenere così un alto numero di guarigioni e una riduzione del tasso di mortalità. La prevenzione secondaria coincide quindi con le misure di diagnosi precoce, cioè cercare di scoprire la presenza del tumore nella fase iniziale attraverso l'esecuzione di alcuni semplici esami: i test di screening.

Per alcuni tipi di tumore esistono anche in Italia dei programmi nazionali di prevenzione secondaria promossi dal sistema sanitario, attraverso le Regioni e le ASL.

In particolare, vengono organizzati programmi di screening rivolti a specifici gruppi di persone per individuare precocemente i tumori del seno, del collo dell'utero e dell'intestino colon-rettale, per i quali

ci sono dimostrazioni scientifiche che i programmi di screening sono effettivamente capaci di ridurre il numero di morti.

I dati confermano che attraverso una scrupolosa osservazione di alcune semplici ma fondamentali regole di buona salute e test periodici mirati, il cancro si può battere.

La buona salute passa anche dalla tavola

■ **Varietà dei cibi assunti e presenza di tutte le sostanze nutritive necessarie all'organismo per mantenersi in buona salute: un'alimentazione sana e bilanciata è la prima alleata contro l'insorgere delle patologie più gravi. La quantità e la qualità dei cibi da assumere ogni giorno varia da una persona all'altra in base all'età, al sesso e al tipo di attività svolta, ad ogni modo, sulla tavola non possono mancare proteine, sali minerali e vitamine, carboidrati e grassi.**



Attività fisica per ammalarsi di meno



■ **È dimostrato che l'attività fisica costante riduce i fattori di rischio di numerose malattie e favorisce il benessere psicologico riducendo ansia, depressione e senso di solitudine. Un'altra grande virtù legata al movimento è che esso contribuisce a tenere sotto controllo l'aumento di peso e a prevenire l'obesità. Infatti, il movimento muscolare quotidiano contribuisce a bruciare zuccheri, grassi e proteine introdotti con l'alimentazione. Per bambini e adolescenti, praticare una buona attività motoria migliora le capacità di apprendimento e l'adattabilità agli impegni quotidiani, favorisce il controllo emotivo, migliora l'autostima e aumenta la capacità di socializzazione. L'attività fisica nell'anziano è utile per i processi riabilitativi e non solo, infatti contribuisce ad assicurare "un buon invecchiamento".**

Neurologia. Non riconoscono i volti, non abbinano facce a identità. E nei casi estremi confondono anche persone con oggetti. L'1 per cento degli italiani soffre di una strana sindrome. Raccontata da Oliver Sacks

Quelli che scambiano gli amici per un cappello

LETIZIA GABAGLIO

IN PRINCIPIO FU il dottor P. L'uomo che scambiò sua moglie per un cappello. È il primo paziente di Oliver Sacks, e il neurologo lo racconta nel libro che prende il titolo proprio dalla storia del professore di musica P. Eminente musicista, cantante e insegnante di valore, il dottore però non riusciva a vedere le facce di chi gli stava intorno; anzi a volte le vedeva dove non c'erano, ovvero ravvisava una persona dove c'era un oggetto: «per strada, come il buon Magoo, gli capitava di dare affettuosi colpetti agli idranti e ai parchimetri scambiandoli per teste di bambini», scrive Sacks.

Alla fine degli anni Settanta, quando Sacks si trovò per la prima volta davanti il dottor P, i casi come quelli erano considerati eccezionali. O meglio, i neurologi ne vedevano pochi e c'è voluta tutta la poesia del visionario Oliver per dare alla prosopagnosia - così si chiama il deficit che non consente di riconoscere i volti delle persone - la celebrità di una sindrome strana e affascinante diventata nelle sue mani quasi una metafora delle stravaganze che possono prendere vita nella mente umana e che i medici chiamano sindromi neurologiche.

Oggi, oltre trent'anni di lavoro sul cervello raccontano tutta un'altra storia, e i medici vedono assai spesso persone che faticano a mettere insieme una faccia, un nome, una storia. «Il numero di pazienti che soffrono di un deficit di tipo congenito o dello sviluppo, quello cioè che non dipende da traumi o malattie, è circa il 2 per cento della popolazione nel mondo», spiega Maria Pia

sia nella popolazione italiana pubblicato nel 2013. Con molte differenze: in Germania è del 2,47 per cento, mentre in Italia è dell'1 per cento.

Il fatto importante è che il deficit si può presentare in tante forme diverse, ma ciò che accomuna tutti è l'incapacità di cogliere il volto nella sua interezza: il malato si concentra sui particolari, vede il naso, le orecchie, i capelli. Ma l'unità del viso, e con essa l'identità della persona, non riesce a emergere. «Ci sono pazienti che non riescono ad abbinare immagini dello stesso volto, quelli che non riconoscono le facce se la scena è complessa. E cosono anche coloro che non sanno dire se una faccia appartiene a un uomo o a una donna, o non capiscono le emozioni espresse. E questa incapacità di riconoscere può riguardare anche gli oggetti», spiega ancora Viggiano.

L'esperta spiega che spesso il deficit è legato a un trauma. Ma quando è congenita o si genera nel corso dello sviluppo resta ancora per molti versi un mistero. Prima di tutto perché chi ne soffre, magari sin dall'infanzia, ha elaborato sistemi di compensazione: ha imparato a riconoscere le persone da altri tratti distintivi, diversi dalla faccia. Il modo di camminare, una cicatrice, l'altezza, la voce sono tutti indizi che, con un meccanismo inconscio, aiutano. Così, passano gli anni e i dottor P. d'Italia non vanno dal medico se non quando sono adulti e si trovano in situazioni pubbliche, che possono essere imbarazzanti.

Altro mistero è il meccanismo che genera il deficit. I neurologi sanno che ci sono aree cerebrali coinvolte nell'analisi dei volti che in questi malati non sono attivate nel modo corretto. «Alcuni studi rendono conto, poi, di alterazioni dell'anatomia del cervello in più zone. E altri hanno evidenziato che alcuni pazienti soffrono di una mancata comunicazione tra i neuroni in queste aree, con una riduzione della sostanza bianca. Purtroppo però la nostra comprensione dei meccanismi genetici, neurofisiologici e

cognitivi è incompleta», sottolinea la neuropsicologa. In più, il deficit potrebbe essere ereditario: ci sono infatti famiglie che ne soffrono in diverse generazioni.

All'azione non c'è però un solo gene, ma un effetto cumulativo di diverse componenti. E questo complica le cose.

Anche perché una terapia non c'è. «Non esistono metodi o trattamenti specifici - conclude Viggiano - ma si possono ottenere risultati con training mirati a compensare il deficit. In alcuni casi poi anche la terapia comportamentale ha portato a dei miglioramenti. Altri studi hanno dimostrato poi che somministrando ossitocina, un neuropeptide, o galattosio si migliora la memoria per i volti». Tutto molto sperimentale, comunque. E resta la fascinazione del complicato intreccio che ci fa scambiare una moglie per un cappello.

GRIPRODUZIONE RISERVATA

Più aree del cervello sono coinvolte. Ma le ragioni del deficit restano oscure

Viggiano, professore di Neuropsicologia e Psicologia Cognitiva all'Università di Firenze, autrice di uno studio sulla prosopagno-

IL QUESTIONARIO

Il Face

Memory

Test

è online

«**Q**UANDO ERO a scuola facevo fatica a riconoscere i miei compagni di classe». «Mi capita spesso di dovermi scusare per non aver riconosciuto persone che mi erano state già presentate». «Le voci mi aiutano a capire di chi si tratti». «Non riesco a seguire i film perché non capisco cosa succede ai personaggi». Sono queste alcune delle frasi in cui chi soffre di prosopagnosia potrebbe riconoscersi. Chi più chi meno, perché il deficit colpisce in maniera molto diversa. Per aiutare chi pensa di soffrire di questo disturbo un gruppo di ricercatori della City University e del Kings College di Londra ha messo insieme 20 situazioni tipo: a ogni frase deve essere dato un punteggio da 1 a 5, a seconda di quanto effettivamente descriva ciò che accade nella vita del paziente. Spesso chi non riesce a vedere i volti mette in atto meccanismi di compensazione e alla diagnosi arriva solo in età adulta. A farla è il neurologo sulla base di un'intervista formale svolta con il Cambridge Face Memory Test e dei risultati di un questionario di autovalutazione compilato dal paziente. Ora, però, chi volesse togliersi un dubbio può provare anche con il test che i ricercatori inglesi hanno messo online sul sito dell'organizzazione *Troubles with faces*. Ovviamente il test non vuole e non può sostituire la diagnosi del medico.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

> **LUI & LEI**
ROBERTA GIOMMI



QUANDO SI PERDE LA VOGLIA

Gli interventi chirurgici e le malattie croniche tendono a confrontarsi negativamente con la sessualità, come se condannassero psicologicamente o fisicamente a non sentirsi più attraenti e desiderabili. Ma anche un incidente, come la rottura del femore o la deambulazione con difficoltà, può diventare un momento in cui la sessualità viene meno. Come del resto anche l'invecchiamento, che riduce naturalmente la mobilità e la competenza seduttiva e spesso induce a diminuire o ad annullare le relazioni sessuali. La stessa cosa vale per donne operate di tumore all'utero o al

seno che, per le cure ormonali che devono seguire, vedono diminuire la competenza all'eccitazione. E non cercano risorse per affrontare il problema ma si allontanano dalla sessualità. Questo accade anche ad uomini operati alla prostata, che trovano difficile ristabilire relazioni sessuali, anche con partner disponibili. Il sesso - insomma - sembra confrontarsi male con le difficoltà fisiche, sia per l'indifferenza dei partner, sia per la resistenza soggettiva a trovare accorgimenti che possano conservare il piacere sessuale. Oggi si parla parecchio di assistente sessuale, figura già presente in altri paesi, che spiega come mantenere la sessualità nei casi più gravi. La consulenza sessuologica svolge lo stesso compito nel guidare e prescrivere, cercando di sostenere nel mantenere la sessualità e suggerendo fantasie, posizioni e modalità che permettono di imparare di nuovo a vivere il piacere.
www.irf-sessuologia.it



Milla nei guai

"Frammenti di omicidio" è un thriller con Milla Jovovich che cade e batte la testa mentre tenta di sfuggire a un killer che ha visto in azione. Il trauma le causa prosopagnosia e lei non ricorda la faccia dell'assassino, ma tenterà di ricostruirla con una dottoressa che lavorerà sui suoi processi cognitivi