



RASSEGNA STAMPA

05-12-2019

1. QUOTIDIANO SANITA' Piani di rientro. Corte costituzionale dichiara illegittimità della incompatibilità tra il ruolo di presidente di Regione e quello di Commissario
2. ADNKRONOS Tumori: studio, tinte e liscianti capelli potrebbero aumentare rischi seno
3. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Grandi attese dalle car-t ma è necessario realismo
4. ANSA Farmaci: nel 2019 picco di richieste a enti assistenziali
5. REPUBBLICA Clima malato, tra i Paesi con più vittime a sorpresa c'è anche l'Italia
6. CORRIERE DELLA SERA SALUTE Malati cronici oltre il ricovero
7. ITALIA OGGI Sì ai governatori-commissari
8. QUOTIDIANO SANITA' Piani di rientro. Corte costituzionale dichiara illegittimità della incompatibilità tra il ruolo di presidente di Regione e quello di Commissario
9. AVVENIRE Senza farmaci (e senza cure) Il record dei poveri sanitari

Mercoledì 04 DICEMBRE 2019

Lotta ai cambiamenti climatici e salute. Pochi piani nazionali per contrastarli e in molti casi senza soldi per attuarli. **Il report Oms**

Solo la metà dei 101 paesi intervistati ha sviluppato una strategia o un piano nazionale in materia di salute e cambiamenti climatici. Ma solo il 38% di questi ha previsto finanziamenti ad hoc anche solo per fare qualche piccolo passo avanti e meno del 10% ha finanziato completamente il suo piano d'azione. [IL RAPPORTO OMS.](#)

Salvaguardare la salute umana dagli impatti dei cambiamenti climatici è più urgente che mai, tuttavia la maggior parte dei paesi non sta attuando appieno i propri progetti per evitare il peggio. E' questa in sintesi la situazione della lotta ai cambiamenti climatici che emerge dal nuovo rapporto dell'Oms uscito in questi giorni in occasione **della 25ª Conferenza delle Nazioni Unite sui cambiamenti climatici** che si tiene a Madrid dal 1° al 13 dicembre.

Se infatti metà dei paesi intervistati (in tutto 101) ha sviluppato una strategia o un piano nazionale in materia di salute e cambiamenti climatici, sono solo il 38% quelli che il loro piano sono riusciti a finanziarlo almeno parzialmente e solo il 10% quelli che hanno finanziato completamente le loro strategie di contrasto ai cambiamenti climatici.

"Il cambiamento climatico non sta solo accumulando un conto per le generazioni future da pagare, è un prezzo che le persone stanno pagando per ora con la loro salute", ha affermato **Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Organizzazione mondiale della sanità.** "È un imperativo morale che i paesi dispongano delle risorse di cui hanno bisogno per agire contro i cambiamenti climatici e salvaguardare la salute ora e in futuro".

Il 48% dei paesi ha condotto una valutazione dei rischi climatici per la salute pubblica. I più comuni rischi per la salute sensibili al clima sono stati identificati dai paesi come stress da calore, lesioni o morte dovuti a eventi meteorologici estremi, cibo, acqua e malattie trasmesse da vettori (come colera, dengue o malaria).

Tuttavia, circa il 60% di questi paesi riferisce che i risultati della valutazione hanno avuto poca o nessuna influenza sull'allocazione delle risorse umane e finanziarie per soddisfare le priorità di adattamento per la protezione della salute. L'integrazione della salute nei processi climatici nazionali e internazionali potrebbe aiutare ad accedere ai fondi necessari.

L'indagine ha rilevato che i paesi hanno difficoltà ad accedere ai finanziamenti internazionali per il clima per proteggere la salute della loro gente. Oltre il 75% ha riferito di una mancanza di informazioni sulle opportunità di accesso ai finanziamenti per il clima, oltre il 60% di una mancanza di connessione degli attori della salute ai processi di finanziamento del clima e oltre il 50% di una mancanza di capacità di elaborare proposte.

Mentre i due terzi degli attuali contributi determinati a livello nazionale (NDC) all'accordo di Parigi menzionano la salute e il settore sanitario è tra i cinque settori più spesso descritti come vulnerabili ai cambiamenti climatici, ciò non ha comportato il livello necessario di attuazione e sostegno.

Inoltre, i lavori precedenti hanno dimostrato che il valore dei guadagni in termini di salute derivanti dalla riduzione delle emissioni di carbonio sarebbe circa il doppio del costo di attuazione di queste azioni a livello globale e il raggiungimento degli obiettivi dell'accordo di Parigi potrebbe salvare circa un milione di vite all'anno in tutto il mondo entro il 2050 attraverso la riduzione dell'inquinamento atmosferico da solo.

Tuttavia, molti paesi non sono in grado di sfruttare questo potenziale. L'indagine mostra che meno del 25% dei paesi ha chiare collaborazioni tra la salute e i settori chiave che guidano i cambiamenti climatici e l'inquinamento atmosferico; trasporti, generazione di elettricità ed energia domestica.

I benefici per la salute che deriverebbero dalla riduzione delle emissioni di carbonio si riflettono raramente negli impegni climatici nazionali, con solo un quinto dei NDC che menziona la salute nel contesto delle riduzioni delle emissioni e 1 su 10 NDC che menziona i guadagni sanitari previsti.

"Affinché l'accordo di Parigi sia efficace per proteggere la salute delle persone, tutti i livelli di governo devono dare la priorità alla costruzione del sistema sanitario resilienza ai cambiamenti climatici e un numero crescente di governi nazionali è chiaramente diretto in quella direzione", ha affermato **Maria Neira, Dipartimento per l'ambiente, i cambiamenti climatici e la salute, Organizzazione mondiale della sanità.** "Includendo sistematicamente la salute nei contributi determinati a livello nazionale - nonché nei piani nazionali di adattamento, impegni di finanziamento del clima e altre comunicazioni nazionali all'UNFCCC - l'accordo di Parigi potrebbe diventare il più forte accordo internazionale sulla salute del secolo".

Ma ci sono lacune che devono essere affrontate con urgenza. Uno sta spingendo i paesi a fare piani per attuarli affrontando gli ostacoli all'azione, ad esempio assicurando che il settore sanitario sia incluso nei processi di cambiamento climatico e assicurando che abbiano la capacità e il supporto per accedere ai finanziamenti di cui hanno bisogno.

Un altro è quello di coinvolgere la salute nei processi decisionali che hanno implicazioni per la riduzione delle emissioni di carbonio e di altri obiettivi di sostenibilità, e di tenere conto dei benefici per la salute che derivano dall'azione del clima.

<https://www.adnkronos.com/salute>

Tumori: studio, tinte e liscianti capelli potrebbero aumentare rischi seno

Roma, 4 dic. (Adnkronos Salute) - Le donne che usano tinture e prodotti chimici per la stiratura dei capelli hanno un rischio maggiore di sviluppare il cancro al seno, rispetto a quelle che non usano queste sostanze. Lo rivela uno studio americano pubblicato online sull'*International Journal of Cancer*. Utilizzando i dati di 46.709 donne incluse nel 'Sisters Study', i ricercatori del National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS) Usa hanno scoperto che coloro che si erano tinte i capelli nell'anno prima dell'arruolamento nello studio avevano il 9% di probabilità in più di sviluppare cancro al seno. "In passato il legame tra la tintura per capelli e il cancro è stato studiato a lungo, ma i risultati sono sempre stati incoerenti", ha dichiarato l'autrice del nuovo lavoro, Alexandra White, capo del NIEHS Environment and Cancer Epidemiology Group. "Nel nostro studio, abbiamo notato un rischio più elevato di cancro al seno associato all'uso della tintura per capelli, e l'effetto è più forte nelle donne afroamericane, in particolare quelle che ne fanno un uso frequente". In particolare, tra le donne afroamericane l'uso di tinte permanenti almeno ogni 5-8 settimane è risultato associato a un aumento del rischio del 60% di tumore mammario, rispetto a un aumento dell'8% per le donne bianche. Il team di ricerca ha riscontrato un aumento minimo o nullo del rischio di neoplasia per l'uso di coloranti semipermanenti o temporanei. Altra scoperta interessante è quella relativa all'associazione tra l'uso di sostanze chimiche per 'lisciare' i capelli e il cancro al seno. White e colleghi hanno scoperto che le donne che le utilizzano almeno ogni 5-8 settimane hanno circa il 30% in più di probabilità di sviluppare il cancro al seno. Mentre l'associazione tra i trattamenti per la stiratura e il cancro al seno è apparso simile nelle donne afroamericane e bianche, l'uso di questi prodotti è molto più comune tra le prime, notano gli autori. Nessun allarme però: il coautore Dale Sandler, capo del NIEHS Epidemiology Branch, avverte che sebbene esistano prove preliminari a supporto di questa associazione, i risultati dovranno essere replicati in altri studi. Ma le donne, per precauzione, dovrebbero smettere di tingersi i capelli, o di lisciarli chimicamente? "Siamo esposti a molti prodotti che potrebbero potenzialmente contribuire al cancro al seno - evidenzia l'esperto - ed è improbabile che ogni singolo fattore spieghi l'intero profilo di rischio di una donna. E' troppo presto per formulare una ferma raccomandazione, ma evitare queste sostanze chimiche potrebbe essere una scelta atta a ridurre il rischio di questa malattia".

GRANDI ATTESE DALLE CAR-T MA È NECESSARIO REALISMO

La nuova terapia con cellule
modificate geneticamente
per i tumori del sangue offre
prospettive inedite.
Dev'essere però chiaro che può
essere utilizzata solo attenendosi
a criteri molto rigorosi



di **Paolo Corradini***

Con oltre 33 mila nuovi casi diagnosticati ogni anno i tumori del sangue si collocano al quinto posto nella classifica dei più frequenti nel nostro Paese, ma i progressi fatti negli ultimi dieci anni dalla ricerca in ematologia sono stati importanti, tanto che oggi circa il 40 per cento dei pazienti può aspirare alla guarigione e, in molti altri casi, si può convivere bene per anni con la malattia.

L'ultima grande «rivoluzione» terapeutica è stata la «CAR-T therapy», che permette di curare, e forse persino guarire, adulti e bambini con certi tipi di tumore del sangue che non lasciavano scampo fino al 2015.

Non è un caso, dunque, se ancora la CAR-T sarà al centro della sessione principale del congresso dell'American Society of Hematology (ASH) che si apre il 7 dicembre a Orlando, in Florida.

La CAR-T therapy utilizza particolari globuli bianchi, i linfociti T, «potenziati» per attivare il sistema immunitario contro le cellule tumorali: i linfociti T del paziente vengono prelevati e poi modificati geneticamente in laboratorio per renderli capaci, una volta re-infusi nel circolo sanguigno, di riconoscere le cellule tumorali ed eliminarle attivando la risposta immunitaria.

Le novità che verranno presentate indicano come migliorare l'utilizzo delle CAR-T, in associazione a farmaci o prima del trapianto o quando il paziente ha una ricaduta, e verranno mostrati i dati della loro efficacia in tipi di tumori diversi da quelli che curiamo già oggi.

Sono due le CAR-T oggi approvate e rimborsate in Italia, per chi non ha risposto o ha avuto ricadute dopo aver ricevuto le cure standard: axicabtagene ciloleucel per adulti con linfoma diffuso a grandi cellule B e con linfoma primitivo del mediastino a grandi cellule B; tisagenlecleucel per la leuce-



mia linfoblastica acuta a cellule B nei pazienti pediatrici e fino ai 25 anni di età e per il linfoma diffuso a grandi cellule B negli adulti.

I dati consolidati a medio-lungo termine fanno ben sperare: circa il 50 per cento dei pazienti leucemici e il 35 per cento di quelli con linfoma

hanno un controllo duraturo della malattia che potrebbe corrispondere a guarigione.

Attendiamo di vedere ad Ash gli esiti delle sperimentazioni in chi soffre di neoplasie per cui oggi ci servono nuove strategie: linfoma mantellare, leucemia linfatica cronica e mieloma. Inoltre vedremo i risultati ottenuti con un nuovo anticorpo, che riesce a riattivare le CAR-T dopo che sono state infuse e non hanno funzionato come sperato, oppure se il paziente ha avuto una recidiva di malattia.

Due cose sono però fondamentali. Primo, dev'essere chiaro che ad oggi si tratta di una strategia destinata a pazienti selezionati. Secondo, va applicata in centri selezionati e in base ai criteri stabiliti da Aifa (Agenzia italiana del farmaco) a oggi sono qualificati tre ospedali a Milano (San Raffaele, Humanitas e Istituto Nazionale Tumori), Papa Giovanni XXIII a Bergamo, la pediatria dell'Ospedale San Gerardo di Monza, Policlinico Gemelli a Roma e Sant'Orsola a Bologna. È poi in corso la qualificazione per altri centri in Lombardia, Piemonte, Veneto e Toscana.

**Presidente della Società Italiana di Ematologia e direttore del Dipartimento di Oncologia e onco-ematologia dell'Università degli Studi di Milano*



04-12-2019

780.455

<http://www.ansa.it/>

Farmaci: nel 2019 picco di richieste a enti assistenziali Aumenta povertà sanitaria, 12 mln famiglie hanno limitato spesa

- MILANO, 4 DIC - Nel 2019 ben 473.000 persone non hanno potuto acquistare i farmaci di cui avevano bisogno per ragioni economiche. La richiesta di medicinali da parte degli enti assistenziali è cresciuta in 7 anni del 28% (2013-2019), arrivando quest'anno ad un picco, con oltre un milione di confezioni di medicinali (+4,8% rispetto al 2018). Lo segnala il 7° Rapporto sulla povertà sanitaria, presentato oggi a Milano dalla Fondazione Banco Farmaceutico e BFRResearch. Secondo i dati presentati, le persone povere possono spendere per il dentista solo 2,19 euro al mese (contro i 31,16 euro del resto della popolazione). Le difficoltà non riguardano solo le persone indigenti: per ragioni economiche in 12 milioni hanno dovuto limitare almeno una volta durante l'anno la spesa per visite mediche e controlli periodici di prevenzione (dentista, mammografia, pap-test). Ogni persona spende, in media, 816 euro l'anno per curarsi, mentre i poveri solo 128. Tuttavia le famiglie non povere spendono per i farmaci non coperti dal Servizio Sanitario Nazionale il 42% del proprio budget sanitario, mentre quelle povere il 62,5% perché possono investire meno in prevenzione. Intanto la quota di spesa farmaceutica totalmente a carico delle famiglie (non coperta dal Ssn) è passata dal 37,3% al 40,3%. Ad essere richiesti sono soprattutto farmaci per il sistema nervoso (18,6%), il tratto alimentare e metabolico (15,2%), l'apparato muscolo-scheletrico (14,5%) e respiratorio (10,4%). Servono, inoltre, presidi medici e integratori alimentari. In questo quadro le famiglie con figli, che siano povere o meno, sono quelle costrette più spesso a dover limitare o rinunciare alle spese per visite mediche e controlli di prevenzione: lo fa il 22,9%, contro il 19,2% di quelle senza prole.

Clima malato, tra i Paesi con più vittime a sorpresa c'è anche l'Italia

Il rapporto della ong Germanwatch ci mette al sesto posto: 19.947 morti negli ultimi 20 anni. Tra i più colpiti da eventi estremi Giappone e Germania

dalla nostra inviata
Stefania Di Lellis

MADRID – Nel labirinto di stand della Conferenza sul clima di Madrid le cifre si inseguono in una specie di gara per catturare l'attenzione dei media. Nulla di paragonabile al messaggio diretto dell'attivista svedese Greta Thunberg. Ma l'allarme è lo stesso. In un linguaggio da addetti ai lavori il punto comune è: nessuno si può dire non toccato dall'emergenza ambientale. Compresi i paesi del nord del mondo, compresa l'Europa, compresa l'Italia.

L'Ong tedesca Germanwatch nel suo quindicesimo Global Climate Risk Index si concentra sulle vittime e sui danni provocati da eventi climatici estremi. Tra il 1999 e il 2018 – spiega – l'Italia ha registrato 19.947

morti riconducibili proprio a questi eventi (che hanno distrutto campi, case, strade, ponti): una strage che ci colloca al sesto posto per numero di vittime nell'ultimo ventennio. E abbiamo pagato un conto ingente anche in termini economici: 32,92 miliardi di dollari (18esimo posto per perdite pro capite). Nel solo 2018 i decessi sono stati 51, con un segno meno nei conti per 4,18 miliardi di dollari. E non siamo i soli "ricchi" flagellati dal clima impazzito. Il paese più colpito nel 2018 è stato il Giappone, al terzo posto la Germania. Rispetto a un secolo fa, dice il rapporto, il caldo estremo ha 100 volte più probabilità di interessare l'Europa. «E l'aumento esponenziale dei rischi ambientali non è stato ancora incorporato nelle nostre linee guida sulla sicurezza», sottolinea Maria Grazia Midulla del Wwf. Maik Wignes, uno dei ricercatori di Germanwatch, riconosce però che probabilmente «i dati riguardanti i paesi ricchi sono più accurati e quindi il vero tributo di morti del sud del mondo è sottostimato». Ricorda inoltre che l'Indice si riferisce solo alle vittime causate nell'immediato dagli eventi climatici: una alluvione o una siccità in una regione povera uccidono più a lungo perché ci sono meno risorse per rialzarsi.

Un monito ai paesi Ue arriva dall'Agenzia europea dell'ambiente: «Senza un'azione urgente nei prossimi dieci anni non sarà possibile fronteggiare la perdita allarmante di biodiversità nel continente e il consumo delle risorse naturali». Musica per le orecchie della presidente della Commissione Ursula von der Leyen che l'11 presenterà il suo Green Deal: un progetto ambizioso per guidare la Ue sulla strada della virtù ambientale, ma per cui occorrono mille miliardi di investimenti. Sui soldi sarà battaglia, intanto però il Consiglio europeo della prossima settimana potrebbe appoggiare l'obiettivo di raggiungere la neutralità climatica (zero emissioni nette) dell'Ue entro il 2050. Un passo, ma molto resta da fare. Nelle stanze a porte chiuse della Conferenza di Madrid su nodi chiave come il mercato dei "crediti" climatici tra virtuosi e inquinatori e gli aiuti ai paesi in via di sviluppo i negoziatori sono ancora in alto mare.

Per loro le parole di Papa Francesco: «Gli studi dimostrano che gli attuali impegni assunti dagli Stati per mitigare e adattarsi ai cambiamenti climatici sono ben lontani da quelli necessari. Dimostrano quanto le parole siano lontane da azioni concrete».

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Gli eventi climatici estremi

I Paesi più colpiti nel 2018



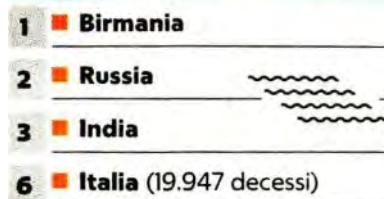
I Paesi più colpiti nel periodo 1999-2018



Morti nel 2018



Morti nel periodo 1999-2018



Fonte: Global Climate Risk Index 2020-Germanwatch



È possibile studiare modelli di assistenza che superino l'eccessiva medicalizzazione e la tendenza all'ospedalizzazione

MALATI CRONICI OLTRE IL RICOVERO

Esistono in Italia numerose esperienze orientate in questa direzione basate su diversi modelli

di **Giovanni Corrao***

La settimana scorsa Corriere Salute ha ospitato l'accorato appello di Dagmar Rinnenburger sulla gestione delle malattie croniche nel nostro Paese.

Se ne condividono le preoccupazioni. E se ne sottolineano le implicazioni anche in campi fino a pochi anni fa estranei a questo tema.

Si pensi al cancro. Negli ultimi anni sono complessivamente migliorate le percentuali di guarigione: il 63% delle donne e il 54% degli uomini è vivo a cinque anni dalla diagnosi. Merito soprattutto della maggiore adesione alle campagne di screening, che consente di individuare la malattia a uno stadio iniziale aumentandone la probabilità di guarigione. Ma un numero non indifferente di persone arriva alla diagnosi di cancro a uno stadio avanzato o addirittura metastatico (il 51% dei pazienti con tumore del polmone, il 20% di quelli con tumore del colon-retto e il 6% delle pazienti con tumore della mammella, secondo i dati americani).

Non essendo la chirurgia indicata in questi casi, è alla terapia medica che sono affidate le speranze dei pazienti. La ricerca ha fatto passi da gigante in questo settore. Ma allo stato

attuale, l'obiettivo terapeutico della maggior parte delle terapie mediche non è la guarigione, bensì il controllo dei sintomi, il rallentamento della progressione della malattia e la conseguente aumentata sopravvivenza. In altri termini, per una porzione di pazienti che giungono alla diagnosi di cancro a uno stadio avanzato, il destino che fino a qualche anno fa era di pochi mesi di vita, è oggi la cronicizzazione.

A tutto questo il servizio sanitario nazionale (Ssn) deve adattarsi per coprire nuovi ed emergenti bisogni. Ma con molte difficoltà, soprattutto sul versante dell'assistenza.

È possibile studiare modelli di assistenza che superino l'eccessiva medicalizzazione e la tendenza all'ospedalizzazione (con i conseguenti alti costi) e che sappiano favorire la domiciliarizzazione delle cure, la valorizzazione del personale infermieristico qualificato?

Esistono in Italia numerose esperienze orientate in questa direzione basate su diverse strutture organizzative, personale e budget.

Impariamo a trarre da queste differenze il contenuto informativo che ci orienti al miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

Ne guadagnerebbero i pazienti, i sanitari e il sistema. È questo l'invito che rivolgiamo a chi ha in mano la politica sanitaria. Gli interventi per affrontare adeguatamente la cronicità devono essere realizzati urgentemente, ma devono anche essere valutati in modo razionale. È forse questa la sfida più innovativa da raccogliere.

**Direttore del Centro Interateneo
Healthcare Research &
Pharmacoepidemiology,
Università Milano-Bicocca*



La Consulta ha bocciato la norma inserita nel dl fiscale 2018 per estraneità di materia

Sì ai governatori-commissari

Ai presidenti regionali i piani di rientro della sanità

Pagina a cura

DI FRANCESCO CERISANO

La Consulta boccia l'incompatibilità tra la carica di presidente regionale e l'incarico di commissario per il rientro dal disavanzo sanitario. Nel braccio di ferro tra l'esecutivo e il Molise sulla discussa norma inserita nel decreto legge fiscale 2018 (dl 119), a spuntarla è stata proprio la regione. La Corte costituzionale nella sentenza n.247/2019, depositata ieri in cancelleria (redattore Franco Modugno) ha cancellato la norma che ha fatto decadere i governatori dal ruolo di commissari straordinari per la sanità a far data dalla nomina dei nuovi commissari ad acta.

La regione Molise ha impugnato la disposizione (art.25 septies del dl 119/2018) per violazione di molteplici norme costituzionali. A cominciare dall'art.77 a causa della «evidente estraneità rispetto alla materia disciplinata dalle altre disposizioni del decreto legge in cui è stata inserita in sede di conversione». Sono poi state tirate in ballo anche altre norme costituzionali: gli articoli 3 e 97, nonché il principio di leale collaborazione a norma degli articoli 117, 118 e 120 Cost. in quanto la norma avrebbe generato effetti addirittura dannosi, introducendo, lamentava la regione Molise, «una preclusione assoluta, applicabile retroattivamente, anche per quelle regioni il cui commissariamento è già in atto e che viene ad essere intaccato dall'innesto di una figura di commissario

completamente slegata dall'istituzione regionale».

La Corte si è fermata alla prima censura ritenendola tranchant e sufficiente a legittimare una pronuncia di incostituzionalità. Secondo i giudici, la regione Molise ha ragione a lamentare l'estraneità di materia tra la norma impugnata, inserita in sede di conversione del decreto legge, e l'impianto originario del dl 119. «Non si intravede alcun tipo di nesso che le correli fra loro», ammette la Consulta. «L'originario decreto legge, infatti, enunciava i presupposti della straordinaria necessità e urgenza come raccordati a misure per esigenze fiscali e finanziarie indifferibili». Ma nel passaggio parlamentare il testo è passato da 27 articoli a 64 imbarcando «disposizioni eccentriche» come quella oggetto del giudizio della Corte, ma non solo. Si pensi ad esempio ai molteplici rifinanziamenti di stanziamenti in bilancio (dal fondo di garanzia per le pmi a quello per l'autotrasporto, dalle missioni internazionali all'integrazione salariale straordinaria) che la Corte dubita possano essere legittimamente definiti interventi di carattere finanziario. Di qui la pronuncia di incostituzionalità, visto che «appare evidente», ha concluso la Consulta, «che tra le norme del decreto legge 119/2018 e quelle oggetto di scrutinio, inserita ad opera della legge di conversione, non sia intravedibile alcun nesso, né sul versante dell'oggetto della disciplina o della ratio complessiva del provvedimento d'urgenza, né sotto l'aspetto dello sviluppo logico».

—© Riproduzione riservata—



Mercoledì 04 DICEMBRE 2019

Piani di rientro. Corte costituzionale dichiara illegittimità della incompatibilità tra il ruolo di presidente di Regione e quello di Commissario ad acta per la sanità. Accolto ricorso del Molise

Dichiarata l'incostituzionalità dell'articolo 25 septies del decreto legge 119/2018 che aveva introdotto l'incompatibilità tra la carica di commissario ad acta e qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione commissariata, compreso quello di Presidente di Regione. Per la Corte si era determinata "una automatica menomazione sul piano delle competenze dal momento che il quadro normativo preesistente consentiva l'esercizio di quella funzione da parte del Presidente della Regione commissariata". La norma ha quindi dato luogo "una significativa interferenza nella sfera regionale", per di più su una materia concorrente. [LA SENTENZA](#)

L'incompatibilità tra la figura di presidente di Regione e commissario ad acta per la sanità, introdotta dall'art. 25-septies del decreto-legge 23 ottobre 2018, n. 119 (Disposizioni urgenti in materia fiscale e finanziaria) è incostituzionale. A stabilirlo è stata la sentenza n. 247/2019 la Corte Costituzionale che ha così accolto la questione proposta dalla Regione Molise.

Non è quindi contestabile la legittimazione della Regione "a far valere i vizi di una normativa che – pur se inquadrata nell'ambito dell'esercizio del potere sostitutivo dello Stato – modifica il previgente regime, direttamente riguardante non le attribuzioni del commissario ad acta in quanto tali, ma la persona che ricopre l'incarico di Presidente della Regione, assunto come soggetto incompatibile a svolgere quelle funzioni".

Nella vicenda in esame, - spiega la Consulta - introducendo la norma impugnata un meccanismo di incompatibilità tra la carica di commissario ad acta rispetto all'affidamento o alla prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la Regione commissariata, si determina una automatica menomazione sul piano delle competenze, anche rispetto alla previgente disciplina, dal momento che il quadro normativo preesistente consentiva l'esercizio di quella funzione da parte del Presidente della Regione commissariata. Un novum normativo che finisce, quindi, per determinare (specie per i commissariamenti in atto, ricoperti da presidenti di Regione, che decadono dall'incarico) una significativa interferenza nella sfera regionale, anche sul versante del relativo assetto ordinamentale, riferito, per di più, alla gestione di ambiti di competenza (sanità e coordinamento della finanza pubblica) concorrenti, anche se incisi dall'intervento sostitutivo dello Stato".

Nel dispositivo la Consulta ha inoltre ricordato come "l'inserimento di norme eterogenee rispetto all'oggetto o alla finalità del decreto-legge determina la **violazione dell'art. 77, secondo comma, della Costituzione**. Tale violazione, per queste ultime norme, non deriva dalla mancanza dei presupposti di necessità e urgenza, giacché esse, proprio per essere estranee e inserite successivamente, non possono collegarsi a tali condizioni preliminari (sentenza n. 355 del 2010), ma scaturisce dall'uso improprio, da parte del Parlamento, di un potere che la Costituzione attribuisce ad esso, con speciali modalità di procedura, allo scopo tipico di convertire, o non, in legge un decreto-legge (sentenza n. 22 del 2012)".

"La legge di conversione è fonte funzionalizzata alla stabilizzazione di un provvedimento avente forza di legge ed è caratterizzata da un procedimento di approvazione peculiare e semplificato rispetto a quello ordinario. Essa non può quindi aprirsi a qualsiasi contenuto, come del resto prescrive, in particolare, l'art. 96-bis del regolamento della Camera dei deputati. A pena di essere utilizzate per scopi estranei a quelli che giustificano l'atto con forza di legge, le disposizioni introdotte in sede di conversione devono potersi collegare al contenuto già disciplinato

dal decreto-legge, ovvero, in caso di provvedimenti governativi a contenuto plurimo, 'alla ratio dominante del provvedimento originario considerato nel suo complesso' (sentenza n. 32 del 2014)", spiega ancora la Consulta.

La Corte Costituzionale ha anche precisato che la violazione dell'art. 77, secondo comma, della Costituzione per difetto di omogeneità si determina "solo quando le disposizioni aggiunte siano totalmente 'estrane' o addirittura 'intruse', cioè tali da interrompere ogni correlazione tra il decreto-legge e la legge di conversione (sentenza n. 251 del 2014), per cui 'Solo la palese estraneità delle norme impugnate rispetto all'oggetto e alle finalità del decreto-legge (sentenza n. 22 del 2012) o la 'evidente o manifesta mancanza di ogni nesso di interrelazione tra le disposizioni incorporate nella legge di conversione e quelle dell'originario decreto-legge' (sentenza n. 154 del 2015) possono inficiare di per sé la legittimità costituzionale della norma introdotta con la legge di conversione (sentenza n. 181 del 2019, nonché, da ultimo, nello stesso senso, sentenza n. 226 del 2019)".

Per la Consulta "appare nella specie evidente che **tra le norme che hanno formato oggetto del decreto-legge n. 119 del 2018 e quella oggetto di scrutinio, inserita ad opera della legge di conversione, non sia intravedibile alcun tipo di nesso che le correli fra loro**, né sul versante dell'oggetto della disciplina o della ratio complessiva del provvedimento di urgenza, né sotto l'aspetto dello sviluppo logico o di integrazione, ovvero di coordinamento rispetto alle materie 'occupate' dall'atto di decretazione".

L'originario decreto, infatti, enunciava i presupposti della straordinaria necessità e urgenza come ricordati a "misure per esigenze fiscali e finanziarie indifferibili". Il provvedimento, in particolare, era strutturato in due titoli: il primo, recante "Disposizioni in materia fiscale", ed il secondo, "Disposizioni finanziarie urgenti". Il primo titolo era a sua volta suddiviso in tre capi: il primo recante "Disposizioni in materia di pacificazione fiscale", composto da nove articoli; il capo II recante "Disposizioni in materia di semplificazione fiscale e di innovazione del processo tributario", composto di sette articoli; il capo III recante "Altre disposizioni fiscali", composto da quattro articoli. Il Titolo II era composto da sette articoli.

L'originario decreto-legge (composto, come si è detto, da 27 articoli) è passato, a seguito dell'esame del Senato, a 64 articoli complessivi. Il Comitato per la legislazione della Camera ha sottolineato, al riguardo, che il provvedimento appare riconducibile, sulla base del preambolo, a due distinte finalità: da un lato, quella di introdurre nuovi meccanismi di carattere fiscale; dall'altro lato, quella di effettuare rifinanziamenti di significativi stanziamenti di bilancio; a queste finalità – ha ancora osservato il Comitato – se ne aggiunge una terza, per quanto non riportata nel preambolo, vale a dire quella di intervenire in materia di integrazione salariale straordinaria, art. 25. "Andrebbe approfondita – rileva il documento – la riconducibilità a tale perimetro" di varie norme introdotte in sede di conversione, fra le quali si cita espressamente proprio l'art. 25-septies (piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario), che costituisce l'oggetto del ricorso presentato dal Molise.

Pertanto, a parere della Consulta, "esclusa qualsiasi pertinenza delle disposizioni di carattere fiscale contenute nel titolo I del decreto rispetto al tema dei commissari per il ripianamento delle spese sanitarie regionali, non può non sottolinearsi come del tutto eccentrico rispetto a quel tema si presenti anche l'oggetto (e la ratio) delle disposizioni di carattere 'finanziario', posto che gli articoli del decreto 'incasellati' nel titolo II sono dedicati, come si è visto, al finanziamento di specifiche attività o fondi tutti eterogenei gli uni rispetto agli altri. D'altra parte, a segnalare la eccentricità della norma censurata rispetto alla materia del decreto sta il rilievo che, in sede di conversione del decreto stesso, il legislatore abbia avvertito l'esigenza di modificare, in parte qua, proprio la rubrica del titolo II, introducendo le parole 'e disposizioni in materia sanitaria', a testimonianza della estraneità della norma rispetto al contenuto del provvedimento convertito".

A questo riguardo, l'Avvocatura generale dello Stato ha osservato, da un lato, che la disposizione oggetto dei ricorsi è intervenuta su norme contenute in due leggi finanziarie, e dunque "rientrerebbe nella materia finanziaria" che costituisce in parte oggetto dell'originario decreto. Dall'altro lato, la difesa dello Stato rileva che la disciplina dei piani di rientro afferisce pacificamente alla materia della finanza pubblica e, in particolare, alle politiche di bilancio, dal momento che l'andamento economico della sanità regionale costituisce una componente essenziale del quadro macroeconomico nazionale, specie con riferimento proprio al caso dei commissariamenti, che presuppongono uno squilibrio di gravità tale da imporre interventi immediati sul piano del contenimento della spesa pubblica, a salvaguardia della unità economica nazionale e dei livelli essenziali di prestazioni in tema di salute.

A fronte di questi rilievi la Consulta spiega che il concetto di "materia finanziaria" si "riempie dei contenuti definitivi più vari, in ragione degli oggetti specifici cui essa risulta in concreto riferita; mentre, non è certo la sede in cui la norma risulti inserita (legge finanziaria) quella dalla quale cogliere quei tratti di univocità di ratio che la difesa della resistente pretenderebbe desumere".

È proprio perché la “materia finanziaria” risulta concettualmente “anodina” – dal momento che ogni intervento normativo può, in sé, generare profili che interagiscono anche con aspetti di natura “finanziaria” – che “il riferimento ad essa, come identità di ratio, risulta in concreto non pertinente a fronte di una disposizione i cui effetti finanziari sono indiretti rispetto all’oggetto principale che essa disciplina, giacché – ove così non fosse – le possibilità di ‘innesto’ in sede di conversione dei decreti-legge di norme ‘intruse’ rispetto al contenuto ed alla ratio complessiva del provvedimento di urgenza risulterebbero, nei fatti, privata di criteri e quindi anche di scrutinabilità costituzionale”.

Da qui la dichiarazione di illegittimità costituzionale della normativa impugnata, per violazione dell’art. 77 della Costituzione mentre restano assorbite le ulteriori censure dedotte dalla Regione ricorrente.

Senza farmaci (e senza cure) Il record dei poveri sanitari

IL RAPPORTO

Un quinto degli italiani costretto a tirare la cinghia su pillole e pomate, quasi mezzo milione non riesce a curarsi, le famiglie in difficoltà hanno solo due euro al mese per il dentista
L'analisi del Banco Farmaceutico

GIULIO ISOLA

Un quinto degli italiani "tira la cinghia" sulla salute. Sono 12.634.000 le persone che, almeno una volta nel corso del 2019, hanno dovuto limitare per ragioni economiche la spesa riservata a visite mediche e accertamenti periodici di controllo preventivo: dentista, mammografia, pap-test, e via diagnosticando.

Il settimo Rapporto sulla povertà sanitaria, elaborato dalla Fondazione Banco Farmaceutico e BFRResearch e presentato ieri al Centro congressi di Confcommercio a Milano, non può certo usare il bilancino del farmacista per centellinare i dati, che in effetti sono pesanti: in Italia 473.000 persone non riescono a curarsi adeguatamente e ad acquistare i necessari medicinali, e se hanno figli minorenni la situazione peggiora; i poveri dispongono di appena 128 euro all'anno per la salute, 6 volte meno della media nazionale (769 euro), e di questi soltanto 2,19 euro al mese sono accantonati per il dentista (contro i 31,16 euro del resto della popolazione). Esiste dunque anche un'indigenza da pillole e pomate,

e l'Osservatorio sulla Povertà sanitaria (organo di ricerca del Banco Farmaceutico) ne fornisce altri dettagli. Per esempio i farmaci più ricercati sono quelli per il sistema nervoso (18,6%), seguiti dalle cure per il metabolismo (15,2%), per l'apparato muscolo-scheletrico (14,5%) e per i polmoni (10,4%); ma servono pure presidi medici generici e integratori alimentari: le famiglie povere possono mettere a bilancio mensile solamente 0,79 euro per l'acquisto di articoli sanitari (4,42 euro il resto della popolazione), 1,30 euro per le attrezzature terapeutiche (12,32 la media generale) e 1,31 euro per i servizi paramedici (contro 9,35 del totale degli italiani).

Non per nulla la richiesta di medicinali agli enti assistenziali è cresciuta negli ultimi 7 anni del 28%; nel 2019 si è raggiunto il picco di 1.040.607 confezioni (+4,8% rispetto all'anno precedente). Del resto in generale la quota di spesa farmaceutica non coperta dal Servizio sanitario nazionale e perciò a carico dei privati è passata dal 37,3% al 40,3% tra 2016 e 2018; ma per le famiglie povere la situazione è persino peggiore: infatti, siccome possono investire meno denaro in prevenzione, si ritrovano costretti a spendere di più nelle cure e i farmaci non passati dalla mutua divorano così il 62,5% del loro budget sanitario.

Il Rapporto «Donare per curare: Povertà sanitaria e donazione farmaci» si concentra infine sulla salute dei minori, a 30 anni dalla Convenzione Onu sui diritti dell'infanzia che riconosce ai bambini il diritto «di godere del miglior stato di salute possibile». E constata che «in Italia le famiglie con minori (sia quelle povere, sia quelle



non povere) sono penalizzate rispetto all'accesso alle cure e, per ragioni economiche, sono costrette a perseguire strategie di rinuncia o di rinvio in misura superiore alle altre». La limitazione delle spese sanitarie interessa il 40,6% dei nuclei in difficoltà finanziaria e con figli piccoli, mentre a parità di reddito tale sacrificio colpisce il 37,2% delle coppie senza figli. Ma succede lo stesso anche considerando la popolazione nella sua interezza: ha limitato la spesa o rinunciato alle cure il 22,9% delle famiglie con prole, contro il 19,2% di quelle prive di minori.

«Senza migliaia di enti e associazioni che offrono assistenza socio-sanitaria gratuita agli indigenti, il quadro sarebbe ancora più drammatico», assicura infine Sergio Daniotti, presidente del Banco Farmaceutico la cui missione è appunto raccogliere e recuperare medicinali da aziende produttrici o donatori vari, per poi ridistribuirli alle strutture caritative che assistono chi non può permettersi le cure. E sono oltre mezzo milione ogni anno.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

Quanto pesa l'indigenza su salute e prevenzione

473mila

Gli italiani che non
possono curarsi
adeguatamente
e acquistare
i medicinali necessari

128

Gli euro disponibili per
la salute nel bilancio
annuale dei poveri,
6 volte sotto la media
nazionale (769 euro)