



**CONSIGLIO REGIONALE DELLA CAMPANIA**  
Unità Dirigenziale Studi Legislativi e Documentazione

**Dossier di documentazione legislativa**  
*“Potenziamento dei servizi e degli interventi per  
contrastare i disturbi del comportamento alimentare”*

ad iniziativa dei consiglieri Vincenzo Alaia, primo firmatario,  
Michele Schiano Di Visconti, Giovanni Zannini

**Reg. Gen. n.416**

<b>Data documento:</b>	26 aprile 2018
<b>Dirigente</b>	Dott.ssa Rosaria Conforti
<b>A cura di</b>	Dott. Enrico Flauto A.P. Staff Unità Dirigenziale Studi Legislativi e Servizio Documentazione Dott. Bruno Mazzarella P.O. Staff Unità Dirigenziale Studi Legislativi e Servizio Documentazione

## **NORMATIVA DI RIFERIMENTO**

Ai fini dell'approfondimento della tematica oggetto della proposta di legge si elenca la normativa di riferimento.

## **PRINCIPALE NORMATIVA COMUNITARIA**

# PRINCIPALE NORMATIVA NAZIONALE

## Costituzione, art. 32

### Legge 23 dicembre 1978 - n. 833 – art. 34.-

*Istituzione del servizio sanitario nazionale (RIFORMA SANITARIA).*

*Il D.lgs. 29 aprile 1998, n. 124 ha riordinato il sistema di partecipazione al costo delle prestazioni sanitarie e del regime di esenzioni a norma dell'articolo 59, comma 50, legge 27 dicembre 1997, n. 449, prevedendo l'abrogazione (art. 8) di tutte le precedenti norme in materia di partecipazione alla spesa sanitaria e di esenzione dalla stessa non esplicitamente confermate.*

### Legge 13 maggio 1978, n. 180 – art. 1 e 2

*"Accertamenti e trattamenti sanitari volontari e obbligatori."*

### Legge 8 novembre 2013 n. 128 - Allegato 1

*Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 12 settembre 2013, n. 104, recante misure urgenti in materia di istruzione, università e ricerca.*

*Articolo n.4 (Tutela della salute nelle scuole)*

*Commi*

*5. Il Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali, al fine di favorire il consumo consapevole dei prodotti ortofrutticoli locali, stagionali e biologici nelle scuole, elabora appositi programmi di educazione alimentare, anche in collaborazione con associazioni e organizzazioni di acquisto solidale, anche nell'ambito di iniziative già avviate. Con decreto del Ministro dell'istruzione, dell'università e della ricerca e del Ministro delle politiche agricole, alimentari e forestali sono definite le modalità per l'attuazione del presente comma. All'attuazione delle disposizioni di cui al presente comma si provvede nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente e, comunque, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica .*

*5-bis. Il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca adotta specifiche linee guida, sentito il Ministero della salute, per disincentivare, nelle scuole di ogni ordine e grado, la somministrazione di alimenti e bevande sconsigliati, ossia contenenti un elevato apporto totale di lipidi per porzione, grassi trans, oli vegetali, zuccheri semplici aggiunti, alto contenuto di sodio, nitriti o nitrati utilizzati come additivi, aggiunta di zuccheri semplici e dolcificanti, elevato contenuto di teina, caffeina, taurina e similari, e per incentivare la somministrazione di alimenti per tutti coloro che sono affetti da celiachia.*

*5-ter. Dall'attuazione del comma 5-bis non devono derivare nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica.*

*5-quater. Per le medesime finalità di cui al comma 5, nei bandi delle gare d'appalto per l'affidamento e la gestione dei servizi di refezione scolastica e di fornitura di alimenti e prodotti agroalimentari agli asili nido, alle scuole dell'infanzia, alle scuole primarie, alle scuole secondarie di primo e di secondo grado e alle altre strutture pubbliche che abbiano come utenti bambini e giovani fino a diciotto anni di età, i*

*relativi soggetti appaltanti devono prevedere che sia garantita un'adeguata quota di prodotti agricoli, ittici e agroalimentari provenienti da sistemi di filiera corta e biologica e comunque a ridotto impatto ambientale e di qualità, nonché l'attribuzione di un punteggio per le offerte di servizi e forniture rispondenti al modello nutrizionale denominato "dieta mediterranea", consistente in un'alimentazione in cui prevalgano i prodotti ricchi di fibre, in particolare cereali integrali e semintegrali, frutta fresca e secca, verdure crude e cotte e legumi, nonché pesce, olio extravergine d'oliva, uova, latte e yogurt, con una limitazione nel consumo di carni rosse e zuccheri semplici. I suddetti bandi prevedono altresì un'adeguata quota di prodotti per soddisfare le richieste di alimenti per coloro che sono affetti da celiachia.*

*5-quinquies. Fermo restando quanto previsto al comma 5, il Ministero della salute, d'intesa con il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca per quanto riguarda le attività da svolgersi nelle istituzioni scolastiche, al fine di favorire la consapevolezza dei rischi connessi ai disturbi del comportamento alimentare, elabora programmi di educazione alimentare, anche nell'ambito di iniziative già avviate.*

**Accordo della Conferenza Permanente per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano 30 luglio 2015, n. 125**

*Accordo, ai sensi dell'articolo 4, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sul «Protocollo per la diagnosi e il follow up della celiachia». (Rep. Atti n. 125/CSR).*

**Provvedimento della Conferenza Unificata 20 Marzo 2008, n. 111**

*Accordo, ai sensi dell'articolo 9 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento concernente "Linee di indirizzo nazionali per la salute mentale". (Repertorio atti n. 43/CU del 20 marzo 2008).*

**Decreto del Presidente della Repubblica - 23 maggio 2003, n. 11150**

*Approvazione del Piano sanitario nazionale 2003-2005.*

**Accordo della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano 20 dicembre 2001**

*"Accordo tra il Ministro della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sugli obiettivi di formazione continua di interesse nazionale di cui ai commi 1 e 2 dell'art. 16-ter del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, proposti dalla Commissione nazionale per la formazione continua. "*

## **PRINCIPALE NORMATIVA REGIONE CAMPANIA**

### **Delibera Giunta Regionale 13 marzo 2009 n. 464**

*"Prevenzione, trattamento e riabilitazione dei disturbi del comportamento alimentare e dell'obesità grave"*

### **Delibera Giunta Regionale 29 dicembre 2007, n. 2312**

*"Approvazione programma di prevenzione dei disturbi comportamentali in adolescenza"*

### **Delibera Giunta Regionale 23 luglio 2006, n. 850**

*"Approvazione progetto Crescere Felix"*

### **Delibera Giunta Regionale 26 novembre 2005, n. 1687**

*"Progetto DiCAEv prevenzione individuazione e trattamento integrato dei disturbi del comportamento alimentare in età evolutiva. Con allegato".*

### **Delibera Consiglio Regionale 20 giugno 2002, n. 129**

*"Piano sanitario regionale 2002-2004"*

### **Determina DG ASL - CE 2 16 marzo 2004, n. 920**

*"Centro per lo studio e la gestione dei disturbi del comportamento alimentare"*

### **Delibera Giunta Regionale 20 settembre 2002, n. 4215**

*"Istituzione del Centro Pilota Regionale per la Cura dei Disturbi del Comportamento Alimentare presso il Dipartimento di Psichiatria della Seconda Università di Napoli."*

## **PRINCIPALI NORMATIVE REGIONALI**

### **Abruzzo**

#### **Legge Regionale 3 febbraio 1998, n. 6**

*"Istituzione del centro di Fisiopatologia della nutrizione e dei disturbi del comportamento alimentare"*

#### **Delibera Giunta Regionale 15 Maggio 2001, n.400**

*"Direttiva Regionale per la prevenzione e la cura delle patologie nutrizionali"*

#### **Delibera Giunta Regionale 29 marzo 2006, n. 277**

*"Piano Regionale della Prevenzione Sanitaria 200 - 2007: Adeguamento Delibera Giunta Regionale 18 luglio 2005, n. 683."*

#### **Legge Regionale 10 marzo 2008, n.5**

*"Un sistema di garanzie per la salute – Piano sanitario regionale 2008 – 2010)"*

### **Basilicata**

#### **Legge regionale 4 giugno 2008, n. 6**

*"Disciplina della classificazione delle strutture ricettive e di ospitalità della regione Basilicata"*

#### **Delibera Giunta Regionale 30 dicembre 2005 n. 2755**

*"II fase del Piano regionale di prevenzione 2005 – 2007. Applicazione delle linee operative del Ministero della Salute"*

#### **Legge regionale 14 ottobre 2008, n. 27**

*"Istituzione di centri di educazione alimentare e benessere alla salute"*

### **Calabria**

#### **Delibera Giunta Regionale 2 maggio 2006, n. 314**

*"Progetto regionale per la prevenzione del sovrappeso e dell'obesità infantile"*

#### **Legge regionale 19 marzo 2004, n. 11**

*"PSR 2004 – 2006"*

## **Emilia Romagna**

### **Delibera della Giunta regionale 23 marzo 2009 n.1298**

*"Linee di indirizzo tecnico per la costruzione di percorsi clinici per persone affette da Disturbi del Comportamento Alimentare"*

### **Delibera della Giunta regionale 23 marzo 2009 n. 313**

*Piano Attuativo Salute Mentale 2009*

### **Circolare n.6/17**

*"Linee di indirizzo per la prevenzione e la promozione della salute nell'ambito dei Disturbi del Comportamento Alimentare"*

## **Friuli Venezia Giulia**

### **Delibera della Giunta regionale 2364/08 "**

*Linee annuali per la gestione del Servizio Sanitario regionale nel 2009"*

### **Legge regionale 20 agosto 2007, n. 22**

*"Assestamento del bilancio 2007 e del bilancio pluriennale per gli anni 2007-2009 ai sensi dell'articolo 18 della legge regionale 16 aprile 1999, n. 7*

### **Delibera della Giunta regionale 2843/2006**

*"Piano Socio Sanitario Regionale (2006-2008) "*

## **Lazio**

### **Decreto del Commissario ad acta (delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013) N. U00080 del 14 marzo 2016 Proposta n. 831 del 27/11/2016.**

*Disturbi Alimentari - approvazione allegato 1 "Percorsi di presa in carico sanitaria e di cura dei Disturbi Alimentari"; approvazione allegato 2 "Stima del fabbisogno di servizi e strutture dedicati ai Disturbi Alimentari (DA)"; approvazione allegato 3 "Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio-sanitarie" (integra le sostituzioni dei paragrafi 1.3a., 1.3a.1, 1.3a.2, 3.12, 3.12.1, 3.12.2, 4.12., 4.12.1, 4.12.2, 4.13., 4.13.1, 4.13.2 ed inserimento nel capitolo I dei paragrafi 1.2b., 1.2b.1, 1.2b.2 e 1.2c., 1.2c.1, 1.2c.2, di cui all'allegato C del DCA U0008 della febbraio 2011)*

### **Delibera della Giunta regionale 19 novembre 2013, n. 395**

*"Approvazione modello di "Protocollo per l'adozione di interventi coordinati di prevenzione e intervento nei casi di maltrattamento e abuso all'infanzia".*

### **Delibera della Giunta regionale 28 febbraio 2008 n. 373**

*"Norme per la prevenzione, diagnosi e cura dell'anoressia, della bulimia e degli altri disturbi del comportamento alimentare"*

### **Delibera della Giunta regionale 6 febbraio 2007, n. 62**

*"Piano della Prevenzione 2005-2007. Interventi per la prevenzione dell'obesità nella Regione Lazio. Modifica della Delib. G.R. n. 1166/2005 per la parte relativa al progetto e sorveglianza dell'obesità"*

### **Legge regionale 28 aprile 2006, n. 4**

*"Legge regionale per l'esercizio 2006"*

**Delibera della Giunta regionale 23 dicembre 2005, n. 1166**

*"Piano regionale della prevenzione 2005-2007. Integrazioni alla Delibera della Giunta regionale 4 agosto 2005, n. 729"*

**Liguria**

**Delibera della Giunta regionale 3 febbraio 2006 n. 58**

*Approvazione del Piano regionale della prevenzione 2005-2007 - II parte*

**Delibera della Giunta regionale 26 Luglio 2002, n. 843**

*"Indicazioni alle Aziende sanitarie in materia di Disturbi del comportamento alimentare con riguardo alla anoressia e alla bulimia"*

**Delibera della Giunta regionale 17 Maggio 2002 n. 464**

*"Costituzione di un gruppo di lavoro per la definizione di indicazioni finalizzate alla prevenzione, diagnosi e cura dei disturbi del Comportamento Alimentare (anoressia e bulimia)"*

**Lombardia**

**Delibera della Giunta regionale 19 marzo 2008, n. 8/6861**

*"Linee di indirizzo regionale per la Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza in attuazione del PSSR 2007-2009"*

**Delibera Consiglio Regionale 26 ottobre 2006, n. VIII/257**

*"PSSR 2007 - 2009"*

**Delibera della Giunta regionale 17513 del 17 maggio 2004**

*"Piano regionale di salute mentale (PRSM)"*

**Delibera della Giunta regionale 7 ottobre 1997 n. 31736**

**Marche**

**Delibera Consiglio Regionale 31 luglio 2007, n. 62**

*"Piano sanitario regionale 2007/2009. Il governo, la sostenibilità, l'innovazione e lo sviluppo del servizio sanitario regionale per la salute dei cittadini marchigiani"*

**Delibera della Giunta regionale 16 febbraio 2005, n. 227**

*"Richiesta parere alla competente commissione consiliare sullo schema di deliberazione concernente: "Residenzialità extraospedaliera - ampliamento del fabbisogno nel settore disturbi del comportamento alimentare - n. 40 posti letto"*

**Delibera della Giunta regionale 6 luglio 2004, n. 132**

*"Progetto Obiettivo tutela della salute mentale"*

**Delibera Consiglio Regionale 30 giugno 2003, n. 97**

*"Piano sanitario regionale 2003- 2006"*

**Molise**

**Delibera Consiglio Regionale 9 luglio 2008, n. 190**

*"Piano sanitario regionale per il triennio 2008-2010"*



**Legge regionale 6 novembre 2002, n. 30**

*"Tutela della salute mentale"*

**Delibera della Giunta regionale 23 gennaio 2006, n. 57**

*"Piano regionale di prevenzione dell'obesità"*

**Piemonte**

**Delibera della Giunta regionale 24 ottobre 2007, n. 137-40212**

*"Piano Socio Sanitario Regionale 2007-2009"*

**Delibera della Giunta regionale 23 gennaio 2006, n. 43-2046**

*"Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007"*

**Puglia**

**Regolamento regionale 21 marzo 2017, n. 8**

*"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Fabbisogno". (LR 28-5-2004, n.8 e ss. mm. ed ii., art.3, comma 1, lett. a ).*

**Regolamento regionale 10 marzo 2017, n. 6**

*"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l'autorizzazione e l'accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare. Fabbisogno". (LR 28-5-2004, n.8 e ss. mm. ed ii., art.3, comma 1, lett. a ).*

**Regolamento regionale 8 luglio 2014, n. 14**

*Integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n. 3. Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza. Requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione ed all'esercizio e per l'accreditamento. Fabbisogno.*

**Regolamento regionale 10 febbraio 2010, n. 9**

*Modifica ed integrazione del Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n.3 "Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori" [1]. [1] A norma dell'articolo 6 del Regolamento regionale n. 9 del 18 aprile 2014 il presente Regolamento è abrogato sostituito dal medesimo Regolamento regionale e successivamente dall'articolo 6 del Regolamento Regionale n. 14 del 8 luglio 2014.*

**Legge regionale 19 settembre 2008, n. 23**

*"Piano regionale di salute 2008-2010"*

**Regolamento Regionale 13 Gennaio 2005, n.3**

*"Requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per autorizzazione ed accreditamento delle strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche per minori"*

**Delibera della Giunta regionale 19 marzo 2002, n. 277**

*"L.R. n. 28/2000, art. 20, comma 8. Approvazione protocolli diagnostico terapeutici relativi alle prestazioni rese in regime di day hospital. Autorizzazione regionale. 2° provvedimento."*

## **Sardegna**

**Delibera della Giunta regionale 5 luglio 2005, n. 29/2**

*"Piano regionale della Prevenzione"*

## **Sicilia**

**Decreto dell'Assessore 9 marzo 2006, n. 7514**

*"Attuazione del Piano nazionale della Prevenzione attiva del sovrappeso e dell'obesità"*

**Decreto dell'Assessore 30 marzo 2005**

*"Approvazione del progetto denominato "Prevenzione dell'obesità e cura dei disturbi del comportamento alimentare" dell'Azienda unità sanitaria locale n. 6 di Palermo."*

**Decreto del Presidente della Regione 11 maggio 2000**

*"Piano sanitario regionale 2000-2002"*

## **Toscana**

**Delibera del Consiglio regionale 28 gennaio 2009, n. 1**

*"Legge regionale 2 gennaio 2005, n. 2 (Discipline del benessere e bio-naturali). Adempimenti ex articolo 5."*

**Delibera della Giunta regionale 17 settembre 2007, n. 617**

*"Linee di indirizzo in tema di sorveglianza nutrizionale, prevenzione e promozione di sani stili di vita, realizzazione di una rete integrata di servizi per la diagnosi e la terapia dell'obesità".*

**Delibera della Giunta regionale 18 aprile 2006, n. 279**

*"Linee di indirizzo per la realizzazione di una rete integrata di servizi per la prevenzione e cura dei disturbi del comportamento alimentare nella Regione Toscana."*

**Delibera Consiglio Regionale 16 febbraio 2005, n. 22**

*Piano Sanitario Regionale 2005-2007*

**Delibera della Giunta regionale 25 marzo 2002, n. 313**

*Approvazione "Guida e strumenti operativi in materia d'abbandono e maltrattamento dei minori".*

**Delibera del Consiglio regionale 5 giugno 2001, n. 118**

*"Piano Integrato Sociale Regionale per l'anno 2001."*

## **Trentino Alto Adige**

**Delibera della Giunta Provinciale Autonoma di Trento 7 dicembre 2007, n. 2737**

*"Adozione del progetto di "Piano provinciale per la salute dei cittadini della XIII Legislatura"*

**Delibera della Giunta Provinciale Autonoma di Bolzano 19 luglio 2007, n. 3028**

*Approvazione del piano sanitario provinciale 2000-2002*

**Delibera della Giunta Provinciale Autonoma di Bolzano 11 giugno 2007, n.1998**

*"Criteri per la concessione di contributi ad associazioni, enti pubblici o privati senza scopo di lucro per la gestione di servizi specialistici per patologie legate a disturbi del comportamento alimentare di natura psicologica".*

**Umbria**

**Delibera Consiglio Regionale 28 aprile 2009, n. 298**

*"Piano Sanitario Regionale 2009-2011"*

**Delibera della Giunta regionale 22 dicembre 2005, n. 2305**

*"Determinazioni in merito al piano regionale della Prevenzione attiva"*

**Delibera della Giunta regionale 29 dicembre 2000, n. 1671**

*"Piano sanitario Regionale 1999 – 2001"*

**Delibera della Giunta regionale n. 490/98**

*"Istituzione presso l'Azienda Ospedaliera di Terni del Centro per la diagnosi e cura dei DCA"*

**Valle d'Aosta**

**Legge regionale 12 dicembre 2007, n. 32**

*"Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale della Regione autonoma Valle d'Aosta/Vallée d'Aoste. Legge finanziaria per gli anni 2008/2010. Modificazioni di leggi regionali"*

**Veneto**

**Delibera della Giunta regionale 21 aprile 2009, n. 1050**

*"Disturbi del comportamento alimentare (DCA). Centro di riferimento provinciale della Provincia di Venezia. Modulazioni organizzative della rete assistenziale e della residenzialità".*

**Decreto dell'Assessore 27 novembre 2008, n. 170**

*"Autorizzazione all'esercizio della struttura denominata "Centro diurno Archimede"*

**Decreto dell'Assessore 5 settembre 2008, n.109**

*"Delega di funzioni"*

**Decreto dell'Assessore 21 luglio 2008, n. 92**

*"Delega di funzioni"*

**Delibera della Giunta regionale 22 luglio 2008, n. 2039**

*"Disturbi del Comportamento alimentare (DCA): finanziamento della rete regionale – anno 2008"*

**Delibera della Giunta regionale 28.12.2007, n. 4536**

*"Progetto DCA (Disturbi del Comportamento Alimentare) ULSS 3 Bassano del Grappa (VI)"*

**Delibera della Giunta regionale 30 ottobre 2007, n. 3455**

*"Disturbi del comportamento alimentare: operatività e finanziamento della rete"*

**Delibera della Giunta regionale 20 dicembre 2005, n. 70**

*"Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA. DGR 3540/1999: Centro interaziendale e interdipartimentale con funzione di Centro regionale e Centro di riferimento Provinciale – Azienda Ospedaliera di Padova"*

**Delibera della Giunta regionale 11 febbraio 2005, n. 374**

*"Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA. DGR 3540/1999: Centro regionale Interaziendale Azienda Ospedaliera- Verona e ULSS n. 20 Verona"*

**Delibera della Giunta regionale 11 febbraio 2005, n. 371**

*"Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA. DGR 3540/1999: Centro di riferimento Provinciale Treviso comprendente le aziende sociosanitarie 7,8,9)"*

**Delibera della Giunta regionale 4 luglio 2003, n. 1974**

*"Attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA. Azienda U.L.S.S. n. 6 di Vicenza"*

**Delibera della Giunta regionale 23 maggio 2003, n. 1501**

*"Azienda Ulss n. 7 – Pieve di Soligo. Richiesta di cofinanziamento del progetto pilota "Futuro Insieme"*

**Delibera della Giunta regionale 21 settembre 2001, n. 2410**

*"Prima attuazione dell'atto di indirizzo e coordinamento degli interventi in materia di DCA. Azienda U.L.S.S.10 – Veneto Orientale"*

**Delibera 16 dicembre 1999, n. 1161**

*"ULSS di Vicenza proposta di costituzione del centro Provinciale nel proprio territorio"*

**Delibera della Giunta regionale 19 ottobre 1999, n. 3540**

*"Atto di indirizzo e coordinamento per l'avvio sperimentale di un sistema di interventi in materia di disturbi del Comportamento alimentare"*

## GIURISPRUDENZA

### **Corte Costituzionale - Sentenza 11 maggio 2017 n.106**

*In materia di contenimento della spesa sanitaria, l'illegittimità costituzionale della legge regionale sussiste anche quando l'interferenza tra le funzioni del commissario ad acta e l'attività anche legislativa degli organi regionali sia meramente potenziale e, dunque, a prescindere dal verificarsi di un contrasto diretto con i poteri del commissario incaricato di attuare il piano di rientro. Il divieto di interferenza con le funzioni commissariali si traduce, dunque, in un effetto interdittivo di qualsiasi disposizione incompatibile con gli impegni assunti ai fini del risanamento economico-finanziario del disavanzo sanitario regionale, potendo essa intervenire in maniera disarmonica rispetto alle scelte commissariali e, dunque, indirettamente ostacolare l'unitarietà dell'intervento.*

### **Corte Costituzionale - Sentenza 19 gennaio 2017 n.14**

*È costituzionalmente illegittima la l. reg. Molise 26 marzo 2015, n. 3. La legge impugnata, nel consentire la proroga, sino al 31 dicembre 2016, dei contratti di lavoro a tempo determinato, degli incarichi di collaborazione coordinata e continuativa con gli enti del Sistema sanitario regionale e dei contratti libero-professionali del personale infermieristico operante presso gli istituti penitenziari del Molise, ostacola la piena attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario cui la Regione Molise è sottoposta, per l'attuazione del quale è stato nominato apposito commissario ad acta, ai sensi dell'art. 120, comma 2, Cost., ed è stato disposto il blocco del turn-over del personale del SSR, scattato nel 2012 e via via prorogato, a seguito delle apposite riunioni dei tavoli tecnici di verifica, fino al 31 dicembre 2016, ai sensi dell'art. 1, comma 174, l. 30 dicembre 2004, n. 311. Ostacolando la piena attuazione del piano di rientro in relazione all'obiettivo di razionalizzazione e contenimento della spesa del personale e al disposto divieto di turn-over, la legge impugnata viola un principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica (di cui all'art. 2, commi 80 e 95, l. 23 dicembre 2009, n. 191) e interferisce con il mandato del commissario ad acta, le cui funzioni, come definite nel mandato conferitogli e come specificate dai programmi operativi (ex art. 2, comma 88, l. n. 191 del 2009), pur avendo carattere amministrativo e non legislativo, devono restare, fino all'esaurimento dei compiti commissariali, al riparo da ogni interferenza degli organi regionali anche qualora questi agiscano per via legislativa pena la violazione dell'art. 120, comma 2, Cost. (sentt. nn. 361 del 2010; 78 del 2011; 28, 180, 219, 228 del 2013; 110, 278 del 2014; 227 del 2015; 266 del 2016. (Si veda in allegato un interessante*

## **Corte Costituzionale - Sentenza 5 dicembre 2016 n.266**

*Sono costituzionalmente illegittimi gli artt. 2 e 5, comma 4, l. reg. Calabria 27 aprile 2015, n. 11. L'impugnato art. 2 prevede, a partire dall'esercizio finanziario 2015, misure di contenimento della spesa per il personale e per l'acquisto di beni e di servizi per gli enti sub-regionali, individuando i soggetti destinatari di tali misure ne «gli Enti Strumentali, gli Istituti, le Agenzie, le Aziende, le Fondazioni, gli altri enti dipendenti, ausiliari o vigilati dalla Regione, anche con personalità giuridica di diritto privato, la Commissione regionale per l'emersione del lavoro irregolare». Sebbene tra i soggetti destinatari di tali misure di contenimento delle spese non risultino esplicitamente menzionate le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale, la formulazione della disposizione è di tale ampiezza da includerli, a prescindere dalla loro qualificazione giuridica. Una disposizione siffatta interferisce inevitabilmente con i compiti attribuiti al Commissario ad acta - nominato con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 30 luglio 2010 e del 12 marzo 2015 al fine di realizzare il Piano di rientro dal disavanzo del servizio sanitario regionale, stante la persistente inerzia della Regione Calabria - volti alla «razionalizzazione», oltre che al «contenimento», della spesa per il personale e per l'acquisto di beni e servizi in ambito sanitario. Né vale a escludere l'illegittimità costituzionale della disposizione impugnata la considerazione che essa si muove nella direzione della riduzione della spesa, in armonia con gli obiettivi perseguiti dal Commissario ad acta, atteso che l'azione richiesta al Commissario consiste non in un semplice contenimento quantitativo della spesa sanitaria, ma in una più complessa opera di razionalizzazione della stessa. Ma anche l'art. 5, comma 4, il quale stabilisce che, nelle more dell'accertamento del debito, un determinato stanziamento nello stato di previsione di spesa del bilancio regionale (capitolo U6201021301, UPB 6.2.01.02) opera quale «limite inderogabile all'assunzione di obbligazioni giuridiche ed economiche verso terzi», dal quale consegue il blocco delle procedure di accreditamento delle nuove strutture socio-sanitarie che, per le relative prestazioni, determinino spese eccedenti la citata disponibilità del bilancio, interferisce con il mandato del Commissario ad acta, al quale, in virtù del punto 4) della delibera del Consiglio dei ministri adottata il 12 marzo 2015, è attribuita la funzione di «riassetto della rete di assistenza territoriale» (sentt. nn. 193 del 2007; 2 del 2010; 78 del 2011; 28, 51, 180, 219, 228 del 2013; 110, 278 del 2014; 227 del 2015.*

**Corte Costituzionale - Sentenza 11 novembre 2015 n. 227**

*Sono incostituzionali gli art. 1 e 2 l. reg. Calabria 16 ottobre 2014 n. 22, nella parte in cui modificano la disciplina sanitaria regionale in costanza del piano di rientro, in merito a profili di stretta competenza del commissario ad acta.*



### **Corte Costituzionale - Sentenza 28 maggio 2014 n.141**

*È incostituzionale l'art. 1, commi 27, 34, 44, 123, 124, 135- 138, 142-154, 164-166, 176-191, 203, 207, 215 e 263, l. reg. Campania 15 marzo 2011 n. 4, nelle parti in cui: ..... h) prevede la nullità (e prevedeva, in base alla disposizione precedente, poi modificata, l'inefficacia) dei contratti regionali stipulati in contrasto con il piano di rientro dal disavanzo del settore sanitario (comma 27); i) prevede il finanziamento e l'effettuazione di spese non obbligatorie in violazione del divieto posto dall'art. 1, comma 174, l. 30 dicembre 2004 n. 311 (secondo cui, qualora la regione, all'esito del monitoraggio degli andamenti della spesa sanitaria regionale nell'ultimo trimestre di ciascun anno, non adempia all'obbligo di adottare i provvedimenti necessari a ripianare il disavanzo di gestione della sanità regionale entro il 30 aprile dell'anno successivo, il presidente della regione - commissario ad acta adotta, entro i successivi trenta giorni, i provvedimenti necessari al ripianamento del disavanzo - ivi inclusi gli aumenti dell'addizionale Irpef e le maggiorazioni dell'aliquota Irap - e, qualora non adottati tali provvedimenti entro il 31 maggio, nella regione interessata si applica comunque fra le altre sanzioni - il divieto di effettuare spese non obbligatorie), così da porre in essere misure in grado di aggravare il disavanzo sanitario regionale e di ostacolare l'attuazione del piano di rientro e, quindi, l'esecuzione del mandato commissariale (commi 164-166, 176-191 e 203); 1) prevede che la regione Campania assicura le convenzioni a favore degli hospice "mediante l'istituzione di apposito capitolo di spesa", senza prevedere la relativa copertura finanziaria e, comunque, interferendo col piano di rientro dal disavanzo sanitario regionale (comma 215);*

## **Corte Costituzionale - Sentenza 12 dicembre 2014 n.278**

*È inammissibile, in quanto proposta in via subordinata e priva di alcun carattere di autonomia rispetto alla questione principale, la q.l.c. degli art. 8 comma 1 l. 5 giugno 2003 n. 131, 1 comma 174 l. 30 dicembre 2004 n. 311, 4 d.l. 1° ottobre 2007 n. 159, conv., con modificazioni, dall'art. 1 comma 1 l. 29 novembre 2007 n. 222 e dell'art. 2 commi 79 e 84 l. 23 dicembre 2009 n. 191, nella parte in cui consentirebbero al commissario ad acta, nominato per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, un potere sostitutivo di natura legislativa o comunque normativa con forza di legge, in riferimento all'art. 120 comma 2 cost. - È infondata la q.l.c. dell'art. 2, comma 83, l. 23 dicembre 2009 n. 191, nella parte in cui, attribuendo al commissario ad acta la facoltà di adottare tutte le misure indicate dal piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano, verrebbe a riconoscere in favore del commissario, nominato per l'attuazione del piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario, un potere sostitutivo di natura legislativa o comunque normativa con forza di legge, in riferimento agli art. 1 comma 2, 5, 70 comma 1, 77 commi 1 e 2, 114 comma 2, 117 commi 3 e 6, 120 comma 2, e 121 comma 2, cost. - È inammissibile la q.l.c. dell'art. 8, comma 1, l. 5 giugno 2003 n. 131, dell'art. 1, comma 174, l. 30 dicembre 2004 n. 311 e dell'art. 4 d.l. 1 ottobre 2007 n. 159, conv., con modificazioni, in l. 29 novembre 2007 n. 222 e dell'art. 2, commi 79 e 84, l. n. 191 del 2009, censurati in riferimento all'art. 120, comma 2, cost. Tale questione - dichiaratamente proposta in via subordinata alla questione principale e volta a censurare le norme in quanto attributive di assunti poteri sostitutivi di carattere legislativo al commissario ad acta - non presenta alcun carattere di autonomia rispetto alla stessa questione principale già dichiarata non fondata. - Non è fondata la q.l.c. dell'art. 2, comma 83, l. 23 dicembre 2009 n. 191, censurato - in riferimento agli art. 1, comma 2, 5, 70, comma 1, 77, commi 1 e 2, 114, comma 2, 117, commi 3 e 6, 120, comma 2, e 121, comma 2, cost. - nella parte in cui attribuisce al commissario "ad acta" la facoltà di adottare tutte le misure indicate dal piano di rientro dai disavanzi sanitari, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati, in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Premesso che la disciplina dei piani di rientro dai deficit sanitari è riconducibile al duplice ambito di potestà legislativa concorrente, ai sensi dell'art. 117, comma 3, cost., della tutela della salute e del coordinamento della finanza pubblica, la norma censurata - la quale è ascrivibile alla disciplina dei Piani di rientro dai disavanzi del settore sanitario, espressione del potere sostitutivo straordinario del Governo ex art. 120 cost. - non legittima un asserito intervento sostitutivo di natura legislativa, ma solo la possibilità di adottare atti di carattere amministrativo ritenuti necessari ai fini del contenimento della spesa sanitaria (sent. n. 43 del 2004, 165, 193, 430 del 2007, 250 del 2009, 361 del 2010, 78, 123, 163, 300 del 2011, 91 del 2012, 28, 104 del 2013, 119, 167 del 2014).*

### **Corte Costituzionale - Sentenza 19 luglio 2013 n.219**

*È incostituzionale l'art. 2 commi 2, 3 e 5 d.lg. 6 settembre 2011 n. 149, nella parte in cui, con riferimento alla qualificazione come grave violazione di legge, ai sensi dell'art. 126 cost., del grave dissesto finanziario regionale nel settore sanitario, prevede a) che la Corte dei conti accerti le condizioni del grave dissesto finanziario e la loro riconduzione alla diretta responsabilità, con dolo o colpa grave, del presidente della giunta regionale nella sua qualità di commissario ad acta nominato dal consiglio dei ministri per attuare il piano di rientro dal disavanzo sanitario; b) che, a seguito di tale accertamento, la rimozione del presidente della giunta regionale "per responsabilità politica nel proprio mandato di amministrazione della regione" e lo scioglimento del consiglio regionale siano disposti con decreto del presidente della repubblica, previa delibera del consiglio dei ministri, su proposta del presidente del consiglio, previo parere conforme della commissione parlamentare per le questioni regionali, espresso a maggioranza di due terzi dei componenti; c) che il presidente della giunta regionale, una volta rimosso, sia incandidabile alle cariche elettive locali, regionali, nazionali ed europee per un periodo di dieci anni e non può essere nominato quale componente di alcun organo o carica di governo degli enti locali, delle regioni, dello Stato e dell'Unione europea per un periodo di dieci anni; d) che, nelle more dell'insediamento del nuovo presidente della giunta regionale, il consiglio dei ministri nomina un nuovo commissario ad acta per l'esercizio delle competenze del presidente della giunta concernenti l'ordinaria amministrazione e gli atti improrogabili.*

**T.A.R. Catanzaro (Calabria) sez. I - Sentenza 17 novembre 2016 n.2228**

*In ipotesi di assetto regionale "emergenziale", segnato dai poteri sostitutivi del Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario, per effetto della nomina del predetto organo straordinario, alla Regione resta precluso (in via temporanea) l'esercizio delle funzioni di amministrazione delle procedure attinenti alle competenze sanitarie, le quali sono assegnate in via sostitutiva, e, in forza del regime emergenziale che trova nell'art. 120 Cost. il referente normativo costituzionale, al Commissario ad acta cui solo compete l'obbligo di provvedere. Ne consegue che il potere di valutazione di conformità del progetto di ampliamento della struttura edilizia di cui all'art. 8ter, comma 3, del d.lgs. n. 502/1992 è assegnato temporaneamente - ossia durante la permanenza dello stato emergenziale - al Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal deficit sanitario.*

**Consiglio di Stato sez. III - Sentenza 16 marzo 2016 n.1088**

*Compito specifico ed istituzionale del Commissario ad acta per la prosecuzione Piano di rientro del disavanzo sanitario operante nel settore sanitario è realizzare risparmi e razionalizzare la spesa, rientrando nella sua discrezionalità tecnica individuare i settori nei quali la spesa può essere ridotta, l'entità delle riduzioni possibili e gli espedienti da impiegare per raggiungere tale risultato con il minimo sacrificio per l'utenza.*

**Consiglio di Stato sez. III – Sentenza 22 aprile 2015 n.2030**

*Il commissario "ad acta" per l'attuazione del Piano di rientro sanitario a livello regionale, in quanto organo statale investito dal Consiglio dei ministri di precisi e vincolanti obblighi tra cui quello di eliminare le spese a carico del S.s.r. relative a prestazioni ulteriori rispetto a quelle fissate dallo Stato quali essenziali ed indispensabili per la salute dei cittadini, non dispone di alcun margine di valutazione in ordine alla mancata inclusione di prodotti dietetici a pazienti con insufficienza renale cronica nei L.E.A. (Livelli essenziali di assistenza).*

**Consiglio di Stato sez. III – Sentenza 20 maggio 2014 n.2576**

*Il Presidente della Regione, una volta nominato dal Consiglio dei ministri commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro sanitario, ai sensi dell'art. 2 comma 83, l. 23 dicembre 2009 n. 191, ha il potere di modificare il programma della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale precedentemente adottato dai competenti organi regionali.*

## **PRASSI**

### **Linee guida del National Institute for Clinical Excellence (NICE 2017)**

*Le linee guida [NG69] forniscono raccomandazioni per identificare, valutare, monitorare, trattare i bambini (0-12 anni), i giovani adulti (13-17 anni) e gli adulti (più di 18 anni) con disturbi dell'alimentazione.*

*Principi generali di cura. Le NICE riportano indicazioni su come migliorare l'accesso ai servizi clinici, la comunicazione, le informazioni e il supporto forniti ai pazienti e i loro familiari.*

*Viene data anche molta importanza al fatto che i professionisti che curano i disturbi dell'alimentazione dovrebbero ricevere una supervisione appropriata, usare misure di valutazione degli esiti (per es. l'Eating Disorder Examination Questionnaire - EDE-Q), monitorare la loro competenza (per es. usando registrazioni delle sedute e audit esterni) e l'aderenza al protocollo di cura.*

*Identificazione e valutazione. Le persone con disturbi dell'alimentazione dovrebbero essere valutate e ricevere un trattamento il più presto possibile, e quelle con gradi severi di emaciazione dovrebbero avere la priorità di cura. È raccomandato di non usare una singola misura, come l'IMC o la durata della malattia per determinare se offrire o no un trattamento per il disturbo dell'alimentazione. Inoltre nelle persone in cui si sospetta la presenza di un disturbo dell'alimentazione dovrebbero essere valutate la salute fisica, in particolare gli effetti fisici della malnutrizione o dei comportamenti di compenso, la presenza di problemi di salute mentale associati, la possibilità di uso improprio di alcool o sostanze e la necessità di un trattamento di emergenza se sono in condizioni fisiche compromesse o a rischio di suicidio.*

*Trattamento dell'anoressia nervosa. I pazienti dovrebbero ricevere un supporto che include la psicoeducazione sul loro disturbo, il monitoraggio del peso, della salute fisica e di qualsiasi fattore di rischio, la gestione multidisciplinare coordinata tra i servizi clinici e il coinvolgimento dei familiari (se appropriato). Aiutare le persone con anoressia nervosa a raggiungere un peso corporeo o IMC salutare, appropriato per la loro età, è un obiettivo centrale del trattamento ed è fondamentale per supportare i cambiamenti psicologici, fisici e della qualità di vita che sono necessari per il miglioramento o la guarigione.*

*I trattamenti psicologici evidence-based raccomandati per gli adulti sono la Terapia Cognitivo Comportamentale per i disturbi dell'alimentazione (CBT-ED), il Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) e lo Specialist Supportive Clinical Management (SSCM). Se i tre trattamenti raccomandati non sono accettati, sono controindicati o inefficaci, può essere considerata la Terapia Psicodinamica Focale (FPT).*

*Per i bambini e gli adolescenti è raccomandata la Terapia Familiare focalizzata per l'anoressia nervosa (FT-AN) e come alternativa la CBT-ED o la Psicoterapia Focalizzata per gli Adolescenti per l'anoressia nervosa (AFP-AN). La consulenza dietetica è raccomandata, ma dovrebbe essere offerta solo come parte di un approccio multidisciplinare.*

*Inoltre, per le persone con anoressia nervosa si dovrebbero considerare l'importanza di supplementazione, multivitaminica e multiminerale, appropriata per la loro età, fino a che la loro dieta soddisferà i valori nutrizionali di riferimento.*

*I familiari dovrebbero essere inclusi nell'educazione dietetica o nella pianificazione dei pasti dei bambini e giovani adulti che ricevono un trattamento individuale. Vanno anche forniti consigli dietetici aggiuntivi per affrontare le necessità di crescita e*



*sviluppo, in particolare durante la pubertà. Infine, non dovrebbero mai essere offerti i farmaci come unico trattamento per l'anoressia nervosa.*

*Trattamento del disturbo da binge-eating. Alle persone con questo disturbo va spiegato che i trattamenti psicologici hanno un effetto limitato sul peso corporeo e che la perdita di peso non è un obiettivo di terapia. Per il trattamento è raccomandato l'auto-aiuto guidato (GSH) basato sulla CBT-ED. Se questo non è accettato, è controindicato o inefficace dopo quattro settimane va offerta la CBT-ED di gruppo oppure, se questa non è disponibile o il paziente la rifiuta, la CBT-ED individuale. Per i bambini e gli adolescenti sono raccomandati gli stessi trattamenti offerti agli adulti. Infine, non dovrebbero mai essere offerti i farmaci come unico trattamento per il disturbo da binge-eating.*

*Trattamento della bulimia nervosa. Alle persone con questo disturbo va spiegato che i trattamenti psicologici hanno un effetto limitato sul peso corporeo.*

*Per il trattamento è raccomandato l'auto-aiuto guidato (GSH) basato sulla CBT-ED.*

*Se questo non è accettato, è controindicato o inefficace dopo quattro settimane va offerta la CBT-ED individuale. Per i bambini e gli adolescenti è raccomandata la Terapia Familiare focalizzata per la bulimia nervosa (FT-BN) e come alternativa la CBT-ED. Infine, non dovrebbero mai essere offerti i farmaci come unico trattamento per la bulimia nervosa.*

*Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione specificati. Vanno considerati i trattamenti per il disturbo dell'alimentazione che più gli assomiglia.*

*Trattamento delle comorbidità mediche e psichiatriche.*

*Gli specialisti dei disturbi dell'alimentazione e le altre equipe di assistenza sanitaria dovrebbero collaborare per sostenere un trattamento efficace delle comorbidità fisiche (per es. diabete) o psichiatriche presenti. Durante n. 29, settembre 2017 questa collaborazione le varie equipe dovrebbero adottare misure di esito sia per il disturbo dell'alimentazione sia per le comorbidità fisiche e psichiatriche, per monitorare l'efficacia dei trattamenti di ogni condizione e il potenziale impatto che hanno sui vari disturbi.*

*Trattamento ospedaliero e in day-hospital. Questi trattamenti vanno considerati quando la salute delle persone con un disturbo dell'alimentazione è gravemente compromessa per stabilizzare le condizioni mediche e per iniziare la rialimentazione medica se questa non può essere fatta a livello ambulatoriale. Non va utilizzata una soglia assoluta di IMC per decidere se ammettere le persone con disturbi dell'alimentazione nei livelli intensivi di cura. Nel decidere se sia appropriato il day-hospital o il trattamento ospedaliero va tenuto conto l'IMC e se questo possa essere gestito in modo sicuro in day-hospital, gli esami bioumorali, l'ECG (per es. 40 battiti al minuto o intervallo QT prolungato) e la presenza di altrecomorbidità fisiche o psichiatriche. Il ricovero o il day-hospital non vanno usati solo per fornire un trattamento psicologico. Inoltre non va tenuto in considerazione solo l'IMC per decidere la dimissione. Nelle persone con rischi psichiatrici acuti (per es. con rischio di suicidio significativo) va considerato un ricovero in un reparto psichiatrico per la gestione della crisi acuta. I bambini, i giovani e gli adulti con un disturbo dell'alimentazione devono essere curati in strutture adeguate all'età in grado di fornire le attività didattiche e la frequentazione della scuola. Infine, il personale sanitario dovrebbe essere addestrato a riconoscere i sintomi della sindrome da refeeding e come gestirli ed essere in contatto con l'equipe ambulatoriale per ottimizzare la transizione dai livelli intensivi e a quelli meno intensivi di cura.*

*Le linee guida NICE forniscono anche dettagliate raccomandazioni per la gestione dei pazienti con disturbi dell'alimentazione durante la gravidanza e il parto e su come usare il trattamento sanitario obbligatorio secondo le norme legislative inglesi.*

## **Le linee guida dell'American Psychiatric Association (2006)**

*Il modello di cura consigliato è di tipo multidisciplinare integrato dove la comunicazione tra i professionisti è fondamentale per monitorare i progressi del paziente e le eventuali modifiche necessarie al piano di trattamento e per delineare i ruoli specifici e le responsabilità dei membri del team. Quando un paziente è gestito da un team interdisciplinare in ambiente ambulatoriale, la comunicazione tra i professionisti è essenziale in modo che tutti i membri del team abbiano una chiara la comprensione delle reciproche responsabilità e dei diversi approcci.*

*All'inizio del percorso diagnostico-terapeutico si consiglia di effettuare:*

- 1) un'attenta anamnesi personale (focalizzata sia sui comportamenti alimentari, sia su eventuali comorbidità psichiatriche) e familiare;*
- 2) una valutazione dello stato nutrizionale e delle condizioni organiche, prevedendo anche la necessità di esami di laboratorio a seconda delle condizioni fisiche del soggetto;*
- 3) un esame psichiatrico che tenga conto soprattutto dell'eventuale rischio di suicidio e/o di comportamenti autolesivi;*
- 4) una valutazione della famiglia e del suo possibile coinvolgimento nel percorso di cura (soprattutto per gli adolescenti con anoressia nervosa).*

*Per quanto riguarda la scelta del livello di cura, ambulatoriale, residenziale o semi-residenziale, questa deve basarsi sulla valutazione delle condizioni psicologiche e fisiche del paziente e vengono indicati i principali parametri che devono essere considerati. Nel caso di pazienti che necessitano di un passaggio ad un livello di cura diverso, è importante stabilire una continuità di trattamento tra i vari livelli di cura.*

*Sintesi delle principali linee guida*

*Per quanto riguarda gli obiettivi della riabilitazione nutrizionale, per i pazienti gravemente sottopeso sono:*

- 1. Ripristinare il peso;*
- 2. Normalizzare le abitudini alimentari;*
- 3. Realizzare le normali percezioni di fame e sazietà;*
- 4. Correggere uno stato di malnutrizione biologico e psicologico.*

*Una grave sindrome da rialimentazione può verificarsi quando i pazienti gravemente malnutriti (generalmente quelli di peso < 70% del loro peso corporeo sano) sono alimentati troppo rapidamente, soprattutto con un'alimentazione enterale o parenterale, ma anche con alimentazione orale eccessiva.*

*Viene sottolineato che gli interventi nutrizionali sono coordinati con gli interventi psicosociali, i cui obiettivi sono:*

- 1. Capire e cooperare con la riabilitazione nutrizionale e fisica;*
- 2. Capire e cambiare i comportamenti e gli atteggiamenti disfunzionali legati al disturbo alimentare;*
- 3. Migliorare il funzionamento interpersonale e sociale;*
- 4. Trattare la comorbidità psicopatologica e i conflitti psicologici che rafforzano o mantengono i comportamenti del disturbo alimentare.*

*Il documento, quindi, suggerisce raccomandazioni specifiche per i singoli disturbi dell'alimentazione. In particolare, distingue le situazioni di anoressia nervosa in fase acuta, in fase di remissione e in condizioni di cronicità, specificando che, durante le fasi acute di rialimentazione e di aumento di peso, è utile fornire ai pazienti un supporto psicoterapeutico individuale e vedere le famiglie dei pazienti, in particolare*

*per i bambini e gli adolescenti.*

*Nell'anoressia nervosa in fase di remissione, il trattamento psicoterapeutico individuale è spesso necessario per almeno 1 anno e può richiedere molti anni. Dopo che un paziente ha iniziato ad aumentare di peso, la CBT può essere utile nel ridurre il rischio di recidiva e nel miglioramento degli esiti. Molti medici utilizzano psicoterapia individuale orientamento psicodinamico o di gruppo per affrontare i disturbi di personalità che possono ostacolare il trattamento e contribuire a sostenere la malattia. Nell'anoressia nervosa cronica, gli studi disponibili mostrano una mancanza di sostanziale risposta clinica alla psicoterapia.*

*Per quanto riguarda l'uso dei farmaci, i medicinali psicotropi non dovrebbero essere usati come trattamento unico per l'anoressia nervosa ma come coadiuvanti dei trattamenti terapeutici e dei programmi di riabilitazione nutrizionale o quando i pazienti hanno una comorbidità psichiatrica.*

*Per la bulimia nervosa, gli obiettivi del trattamento indicati sono:*

- 1. Ridurre e, ove possibile, eliminare gli episodi bulimici e il vomito;*
- 2. Trattare le complicanze fisiche della bulimia nervosa;*
- 3. Migliorare la motivazione del paziente a recuperare una sana alimentazione;*
- 4. Aiutare il paziente a modificare i pensieri disfunzionali legati al disturbo alimentare;*
- 5. Curare le condizioni psichiatriche associate;*
- 6. Supportare la famiglia;*
- 7. Prevenire le ricadute.*

*La riabilitazione nutrizionale della bulimia nervosa ha come obiettivo primario quello di aiutare i pazienti ad avere un piano alimentare strutturato che permette di ridurre gli episodi di dieta restrittiva e la voglia di abbuffate e vomito. Tra gli interventi psicosociali per il trattamento della bulimia nervosa in adulti, i dati disponibili indicano che la CBT è la più efficace; alcuni studi controllati hanno dimostrato anche l'efficacia della terapia interpersonale (IPT). Tecniche comportamentali, come i pasti assistiti e autocontrollo, possono anche essere utili per la gestione dei sintomi iniziali. L'impiego di approcci psicodinamici e psicoanalitici individuali o di gruppo possono essere utili quando abbuffate e vomito migliorano. La terapia familiare dovrebbe essere considerata, quando possibile, in particolare per gli adolescenti che vivono ancora con i genitori o in presenza di conflittualità familiari.*

*L'impiego dei farmaci antidepressivi è consigliato come componente di un programma di trattamento iniziale. Gli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) hanno la maggior parte delle prove di efficacia e minori effetti avversi.*

*Ad oggi, l'unico farmaco approvato dalla Food and Drug Administration (FDA) per il trattamento della bulimia nervosa è la fluoxetina. Gli antidepressivi possono essere utili per i pazienti con sintomi di depressione o ansia, ossessioni o comportamenti impulsivi. L'efficacia dell'impiego combinato di psicoterapie e farmaci non è supportata da evidenze derivanti da studi clinici controllati.*

*Nel disturbo da binge-eating varie combinazioni di diete, terapie comportamentali e trattamenti psicosociali non-peso-diretti, possono essere di beneficio nel ridurre gli episodi di binge-eating e promuovere la perdita di peso, ma la CBT è il trattamento più studiato. La terapia interpersonale e la terapia comportamentale dialettica si sono dimostrate efficaci per i sintomi comportamentali e psicologici e possono essere considerate come terapie alternative. L'opinione generale è che queste terapie siano efficaci nel breve termine soprattutto sulla riduzione delle abbuffate, meno sul peso corporeo. Per quanto concerne i farmaci, ci sono prove sostanziali che suggeriscono che gli antidepressivi SSRI possono favorire una riduzione a breve termine del binge-eating, nella maggior parte dei casi senza sostanziale perdita di peso. Infine, il farmaco anticonvulsivante topiramato sembra essere efficace nel ridurre abbuffate e*

*promuovere la perdita di peso a breve e lungo termine ma alcuni effetti collaterali possono limitare la sua utilità clinica. Il trattamento combinato con farmaci antidepressivi e tecniche psicoterapeutiche di controllo del peso e/o di CBT può conferire ulteriori vantaggi in termini di riduzione del peso.*

## **Il documento MARSIPAN (Management of Really Sick Patients with Anorexia Nervosa, 2010)**

*Il gruppo MARSIPAN nasce in Gran Bretagna come team di esperti preoccupati dall'osservazione di pazienti con anoressia nervosa con complicanze organiche talmente gravi da non poter essere adeguatamente curati in reparti di psichiatria, che quando sono ricoverati in reparti di medicina generale, possono andare incontro a morte, nonostante tutti gli sforzi messi in atto dai sanitari, a causa di complicanze severe della malnutrizione e/o della sindrome da rialimentazione.*

*Il documento, pertanto, ha l'obiettivo di fornire indicazioni terapeutiche teoriche e pratiche riguardanti i casi di pazienti con anoressia nervosa severa. In particolar modo, vengono fornite indicazioni riguardanti:*

- a) le valutazioni cliniche generali necessarie per la quantificazione del rischio per la salute;*
- b) i criteri per il ricovero nei reparti di medicina generale, in psichiatria o nei reparti specializzati per disturbi alimentari (Specialist Eating Disorder Units, SEDUs) e i criteri per il trasferimento da un'unità terapeutica all'altra;*
- c) consigli circa le figure professionali che dovrebbero essere presenti in un team medico adeguato;*
- d) i principi del trattamento medico, nutrizionale e psichiatrico, che i pazienti con anoressia grave dovrebbero ricevere nei reparti di ricovero, ivi compreso l'uso appropriato nella legislazione in materia di salute mentale;*
- e) consigli per i committenti circa l'organizzazione dei servizi necessari per questo gruppo di pazienti.*

*Il primo capitolo, prende in esame i problemi che possono nascere in qualsiasi setting terapeutico:*

- a) la valutazione della severità della malattia e del livello di rischio, basati sulla misurazione dell'indice di massa corporea (body mass index, BMI), della pressione arteriosa, della temperatura corporea, dei valori degli esami ematochimici con particolare riferimento agli elettroliti sierici, e dell'ECG;*
- b) la decisione sull'appropriatezza del luogo di ricovero (fermo restando che il reparto specializzato è il luogo ideale per la cura dei casi di anoressia nervosa severa, la scelta tra un reparto di medicina generale e di rianimazione, un reparto di psichiatria o una unità specialistica per disturbi alimentari va considerata sia in relazione alle disponibilità locali, sia in relazione alla severità e complessità del disturbo);*
- c) l'eventualità di un trasferimento tra diversi servizi/strutture;*
- d) la necessità di un ricovero e trattamento obbligatorio.*

*Il documento fornisce quindi indicazioni per la gestione nei diversi setting di cura:*

- a) nella medicina di base (fino a quando il paziente non accede all'unità specialistica),*
- b) nei reparti di medicina (sono indicati i requisiti che l'équipe di trattamento dovrebbe possedere sia in termini di operatori sia in termini di strumenti di cura. In particolare, viene suggerito che nelle unità specialistiche per disturbi alimentari ci sia sempre uno psichiatra. Per quanto riguarda la rialimentazione, la modalità preferita è quella orale con un regime alimentare di 5-10 kcal/kg/die e monitoraggio clinico e biochimico due volte al giorno per passare, poi, dopo due giorni, in assenza di complicanze, ad un regime di 20 Kcal/kg/die, d) nei reparti specializzati per i disturbi dell'alimentazione (SEDUs).*



## **Le linee guida del Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (2014)**

*Queste sono le linee guida pubblicate più recentemente e si riferiscono alle diagnosi secondo i criteri diagnostici del DSM-5. Si propongono di fornire una guida, basata sulle evidenze, agli psichiatri e agli altri professionisti coinvolti per la valutazione e per il trattamento delle persone con disturbi dell'alimentazione, nel contesto australiano e neo-zelandese; sono scritte facendo riferimento ad altre linee guida internazionali come quelle dell'American Psychiatric Association e quelle del National Institute for Clinical Excellence del Regno Unito. Nell'anoressia nervosa il documento raccomanda il trattamento ambulatoriale o in centro diurno/day-hospital/day-service per la maggior parte dei pazienti e l'ospedalizzazione per i pazienti a rischio di compromissione medica o psicologica. Viene raccomandato un approccio multi-assiale e collaborativo che includa gli aspetti medici, nutrizionali e psicologici, l'uso di terapie basate sulla famiglia per i più giovani e di terapie psicologiche condotte da specialisti esperti, per tutti i gruppi d'età, che includano follow-up a lungo termine. Nei casi cronici viene suggerito un approccio finalizzato alla minimizzazione del rischio. Nella bulimia nervosa e nel disturbo da binge-eating il documento raccomanda una terapia psicologica individuale specificando che le evidenze maggiori sono per la terapia cognitivo-comportamentale e che può esserci un ruolo anche per la CBT fornita attraverso internet e per i gruppi di auto-aiuto. I farmaci che possono essere utili sia come trattamento aggiuntivo sia come trattamento alternativo includono gli antidepressivi e il topiramato. Non ci sono trattamenti specifici per il disturbo evitante/restrittivo dell'introito alimentare (ARFID) perché non ci sono ancora studi su questo disturbo.*

*Il documento conclude affermando che sono disponibili diversi trattamenti psicologici e farmacologici evidence based per molti disturbi dell'alimentazione, ma per l'anoressia nervosa sono necessari altri studi controllati per mostrare l'efficacia di specifici trattamenti. Per il disturbo evitante/restrittivo dell'introito di cibo è urgente predisporre un programma di ricerche per chiarire tutti gli aspetti della valutazione e del trattamento.*

## **Sintesi della Conferenza di consenso (2012)**

*Nel 2012 si è svolta presso l'Istituto Superiore di Sanità, la Conferenza Nazionale di Consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare negli adolescenti e nei giovani adulti, che ha portato alla pubblicazione di un Rapporto Istisan sul tema.*

*Scopo della Conferenza è stato quello di produrre raccomandazioni per una gestione appropriata dei DCA, sulla base della valutazione delle evidenze scientifiche nelle aree dell'epidemiologia, della prevenzione e dei modelli organizzativi, effettuata da un gruppo di esperti multidisciplinare e multiprofessionale. Una conferenza di consenso affianca all'esame attento della letteratura scientifica una proficua valorizzazione del contributo di chi opera professionalmente sul campo e di chi vive in prima persona il peso della gestione quotidiana delle sue ricadute.*

*Il documento si divide in tre aree:*

- 1) dimensione epidemiologica e carico assistenziale;*
- 2) Prevenzione;*
- 3) Modelli organizzativi.*

*Nella prima area tematica il documento rileva una marcata carenza, negli studi pubblicati, della valutazione degli aspetti internistici e nutrizionali e raccomanda che gli studi epidemiologici successivi includano anche un'indagine su questi aspetti, in particolare quelli relativi al quadro metabolico e alla valutazione dello stato nutrizionale. Nell'area tematica dedicata alla prevenzione il documento sottolinea l'importanza di azioni integrate, con il coinvolgimento degli specialisti di area medico-nutrizionale.*

*I metodi di prevenzione basati sulla dissonanza cognitiva e sull'alfabetizzazione mediatica hanno fornito risultati promettenti nel ridurre i fattori di rischio quali l'interiorizzazione dell'ideale di magrezza e l'insoddisfazione per le forme corporee. Nell'area dedicata ai modelli organizzativi, il modello organizzativo raccomandato per la gestione dei DCA è multidimensionale, interdisciplinare e multi-professionale integrato. Il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo include sia gli aspetti psicologici e psicopatologici, sia quelli clinico-nutrizionali, metabolici e fisici, sia quelli socioambientali, sebbene in misura diversa a seconda dello specifico disturbo, dell'età, della gravità e complessità del decorso clinico e delle diverse fasi del percorso terapeutico. Il modello prevede che il livello ambulatoriale sia il fulcro della gestione del paziente e che vi siano altre tipologie di strutture, con livelli assistenziali crescenti. Lo specialista dell'area medico-nutrizionale deve tenere conto della raccomandazione che il personale deve possedere formazione ed esperienza specifica sui DCA e che il percorso deve garantire il coinvolgimento attivo dei pazienti e/o dei familiari. Infine, si sottolineano le raccomandazioni per la ricerca e per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza:*

- 1) promuovere interventi di sensibilizzazione e formazione per tutti gli operatori sanitari per facilitare l'individuazione precoce dei casi e garantire l'appropriatezza della presa in carico;*
- 2) promuovere l'individuazione di indicatori di gravità clinica condivisi, anche al fine di migliorare l'appropriatezza dell'accesso ai vari livelli assistenziali;*
- 3) promuovere l'individuazione di indicatori di esito condivisi e dei fattori che possono favorire la cronicizzazione;*
- 4) monitorare il percorso terapeutico-assistenziale dei pazienti in età evolutiva e adolescenziale, con particolare riferimento all'appropriatezza dei ricoveri in ambito ospedaliero.*

## **Sintesi dei Quaderni del Ministero della Salute (2013)**

*Il documento propone una sintesi delle conoscenze attuali sui disturbi dell'alimentazione, che possano costituire un punto di riferimento per l'organizzazione dei servizi nelle Regioni italiane.*

*A partire dai dati epidemiologici e dai fattori eziopatogenetici vengono descritti i vari livelli di assistenza e i diversi tipi di intervento terapeutico. Il documento sottolinea che la maggior parte delle persone con disturbi alimentari non riceve ancora una diagnosi e un trattamento adeguati.*

*Nel capitolo 1 su epidemiologia, eziopatogenesi e caratteristiche cliniche dei disturbi dell'alimentazione, il documento sottolinea che questi disturbi sono uno dei problemi di salute più comuni negli adolescenti e nei giovani adulti dei Paesi occidentali. Le caratteristiche comportamentali e psicopatologiche sono descritte insieme alle complicanze mediche.*

*Nel secondo capitolo sono presi in considerazione i rapporti tra i disturbi alimentari e l'obesità: i centri che si occupano dei disturbi dell'alimentazione dovrebbero garantire un servizio di consulenza ai centri di cura per l'obesità sia per la valutazione delle indicazioni a un trattamento di chirurgia bariatrica, sia per l'identificazione dei disturbi psichiatrici che possono interferire con il trattamento dell'obesità.*

*Nel capitolo 3 vengono descritti i diversi tipi di malnutrizione per difetto e le conseguenze della restrizione calorica a livello comportamentale, psico-sociale e fisico. Il capitolo 4 descrive gli stili di vita nella popolazione generale e la loro rilevanza per i disturbi dell'alimentazione.*

*Il capitolo 5 descrive i programmi di prevenzione e sottolinea l'importanza della diagnosi precoce e, quindi, della sensibilizzazione dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta.*

*I capitoli 6 e 7 trattano dell'appropriatezza clinica e dell'appropriatezza strutturale e operativa nella gestione dei disturbi dell'alimentazione. Partendo dalla descrizione dei recenti cambiamenti nei criteri diagnostici del DSM-5, vengono presi in esame gli strumenti di valutazione psichiatrica e psicologica e i metodi per la valutazione internistica e nutrizionale. Nel considerare le tecniche di trattamento si sottolinea l'importanza dell'alleanza terapeutica per gestire l'ambivalenza dei pazienti. Tra gli interventi psicoterapeutici di provata efficacia il documento descrive la terapia basata sulla famiglia per gli adolescenti con anoressia nervosa, la terapia cognitivo-comportamentale e la terapia interpersonale per la bulimia nervosa e per il disturbo da binge-eating. Il programma di trattamento dovrebbe sempre considerare l'importanza del rapporto con i familiari.*

*Il documento sottolinea che i trattamenti basati sull'evidenza sono offerti ai pazienti solo da una minoranza di centri specialistici e indica l'opportunità di sviluppare modalità di formazione e di aggiornamento specifici. I farmaci possono essere utilizzati, nell'ambito di un percorso di cura integrato, per il trattamento di sintomi psichiatrici associati e per contribuire alla risoluzione dei sintomi specifici. Gli interventi nutrizionali comprendono il pasto assistito, i supplementi nutrizionali orali e la nutrizione artificiale (in pazienti gravemente malnutriti).*

*La nutrizione artificiale tramite sonda nasogastrica è un intervento medico che prevede il consenso informato del paziente; il ricorso a questo intervento in situazione di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) si può prendere in considerazione quando c'è un grave rischio per la sopravvivenza e va valutato con estrema attenzione, anche in relazione al rischio di compromettere il rapporto del paziente con l'équipe curante.*

*Il documento identifica due principi generali alla base del trattamento dei disturbi dell'alimentazione:*

*a) l'approccio multidimensionale, interdisciplinare, pluriprofessionale integrato e la*



*molteplicità dei contesti di cura. Sono descritti in dettaglio le caratteristiche e le indicazioni per i cinque livelli di intervento previsti per i disturbi dell'alimentazione: medico di medicina generale o pediatra di libera scelta; terapia ambulatoriale specialistica; terapia ambulatoriale intensiva o riabilitazione semiresidenziale; riabilitazione intensiva ospedaliera; ricovero ordinario e di emergenza.*

## **IL CONSENSO INFORMATO E IL TRATTAMENTO DEI DISTURBI DELLA CONDOTTA ALIMENTARE**

*Riv. it. Medicina legale (dal 2012 Riv. it. Medicina legale e Dir. Sanitario), fasc.3, 2013, pag. 1271*

*Filippo Maria Moscati (\*), Stella De Marco (\*), Gabriele Mandarelli (\*), Stefano Ferracuti (\*\*), Paola Frati.*

*Classificazioni: CONSENSO DELL'AVENTE DIRITTO IN MATERIA PENALE - Attività terapeutica*

*SOMMARIO: 1. Introduzione; 2. Disturbi dell'alimentazione e loro epidemiologia; 3. Competence to treatment e DCA: lo stato dell'arte; 4. Principali problematiche legate al consenso alle cure nell'anoressia; 5. Trattamenti obbligatori nell'anoressia; 6. Conclusioni.*

### *1. Introduzione.*

*È ormai dato acquisito, e imperativo categorico del Codice Deontologico Medico del 2006, confortato da una giurisprudenza uniforme e costante, l'importanza del consenso informato<sup>1</sup>: non solo da un punto di vista etico e giuridico, ma anche e soprattutto perché è il primo e più fondante dei fattori necessari a costituire, tra medico e paziente, la fiducia necessaria<sup>2</sup> per creare un'alleanza terapeutica. In tale ottica di rispetto delle motivazioni personali dell'individuo s'inserisce anche la necessità da parte del medico e dell'ordinamento di offrire un valido supporto nelle situazioni di debolezza e di sofferenza del paziente, rispettando l'eventuale dissenso al trattamento se consapevole e informato.*

*Come più volte si è espressa la Corte di Cassazione, il rispetto di tale scelta comporta un'adesione alla volontà del malato che la malattia segua il suo corso naturale<sup>3</sup>.*

*Pur mancando una normativa generale in materia di autodeterminazione del paziente ed esistendo solo disposizioni su alcune fattispecie, i suoi fondamenti sono comunque rinvenibili nel dettato costituzionale e, in particolare, nell'art. 32. II comma laddove sancisce che nessuno può essere obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di legge. Il contenuto dell'articolo confortato come già detto da una giurisprudenza costante ben s'inserisce nel quadro normativo internazionale.*

*Per rifiutare o fornire il proprio consenso ad un trattamento, una persona deve essere in grado di farlo volontariamente: in questo caso, una volontà libera comporta la possibilità di effettuare scelte razionali, sia in termini cognitivi sia in termini affettivi, all'interno di un novero di possibilità rispetto ad un futuro che si può immaginare solo in modo incompleto.*

*Il paziente deve capire che cosa sta rifiutando o accettando e le conseguenze di tale rifiuto o accettazione. Deve quindi essere capace mentalmente di compiere un processo di decision-making razionale, che tenga conto di queste conoscenze.*

*Le scelte di chiunque abbia la capacità di decidere devono essere rispettate, anche se possono apparire assurde o insensate<sup>4</sup>, con la premessa, come già detto, che queste decisioni non siano dovute ad una malattia mentale riconosciuta, o comunque riconoscibile. È da sottolineare però come, la relazione tra disturbo mentale e livello di alterazione delle capacità decisionali ai fini del consenso è associata al funzionamento*

---

<sup>1</sup> Pace N, Hendry R, Consent: ethical considerations, *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*. 2006; 7:107-109; Calman KC, Communication of risk: choice, consent, and trust; *Lancet*. 2002; 13:166-8.

<sup>2</sup> Hupcey JE, Penrod J, Morse JM, Mitcham C, An exploration and advancement of the concept of trust; *J AdvNurs*. 2001; 3:282-93.

<sup>3</sup> Cass. 16 ottobre 2007, n. 21748

<sup>4</sup> Kennedy I, Grubb A, Consent. *Medical law*. Butterworths, London, 2000, pp. 575-773.

*cognitivo del paziente, all'insight, alle caratteristiche e all'intensità del quadro psicopatologico presentati più che alla diagnosi psichiatrica in sé<sup>5 6 7 8 9 10</sup>.*

*Anche in popolazioni di pazienti affetti da schizofrenia (che è considerata la patologia mentale che altera maggiormente la capacità di prendere decisioni) diversi studi hanno dimostrato la presenza di una considerevole eterogeneità nella capacità di prestare con senso<sup>711</sup>, e che hanno evidenziato come la "capacità mentale" vada distinta dalla "salute mentale", essendo la prima un costrutto multidimensionale che rappresenta una determinante generale dell'abilità di prendere una decisione autonoma, mentre la seconda riguarda le patologie e le alterazioni della mente umana. Questi due elementi incidono l'uno sull'altro con minor frequenza di quanto comunemente si ritenga<sup>12</sup>; di conseguenza un paziente psichiatrico può rifiutare (facendo l'esempio più estremo) anche un intervento medico/chirurgico salvavita se tale rifiuto è motivato con un'evidente comprensione dello stato delle cose e di con una chiara consapevolezza delle conseguenze<sup>13</sup>.*

*Quando la Competence to treatment (Capacità di dare consenso ai trattamenti), viene a mancare il medico deve procedere, guidato dall'etica, dal codice deontologico e dalla legge, ad un Trattamento Sanitario Obbligatorio (TSO), seguendo le disposizioni enunciate nell'articolo 1 e 2 della legge 180/1978. Le ulteriori forme di tutela previste genericamente dall'ordinamento sono costituite dagli istituti dell'interdizione e dell'amministrazione di sostegno che possono essere utilizzati anche in caso di pazienti anoressici.*

*Il legislatore, almeno in Italia, non prende opera distinzioni tra patologie mentali e i Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) e, in particolare, l'Anoressia Nervosa (AN). A livello giurisprudenziale invece è possibile rinvenire alcune pronunce che hanno talora estremizzato la condizione del soggetto, nominando un tutore, oppure l'hanno stemperata, affiancando nel processo informativo e decisionale un amministratore di sostegno<sup>14</sup>.*

*Per la magistratura il parametro della disabilità non costituisce il discrimen necessario tra la più recente e innovativa misura di protezione e i differenti istituti per ratio*

---

<sup>5</sup> Moser DJ, Schultz SK, Arndt S, Benjamin ML, Fleming FW, Brems CS, Paulsen JS, Appelbaum PS & Andreasen NC, Capacity to provide informed consent for participation in schizophrenia and HIV research. American Journal of Psychiatry. 2002; 159(7):1201-1207.

<sup>6</sup> Howe V, Foister K, Jenkins K, Skene L, Copolov D, Keks N, Competence to give informed consent in acute psychosis is associated with symptoms rather than diagnosis. Schizophr Res. 2005;15; 77(2-3):211-4.

<sup>7</sup> Jeste DV, Depp CA, Palmer BW, Magnitude of impairment in decisional capacity in people with schizophrenia compared to normal subjects: an overview. Schizophr Bull. 2006;32:121-8.

<sup>8</sup> Carpenter WT Jr, Gold JM, Lahti AC, Queern CA, Conley RR, Bartko JJ, Kovnick J, Appelbaum PS, Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. Arch Gen Psychiatry. 2000; 57(6):533-8.

<sup>9</sup> Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Garcia F, Baciu O, Bouzigues I, Boulenger JP, Competence to consent and insight in schizophrenia: is there an association? A pilot study. Schizophr Res. 2009; 108:272-9.

<sup>10</sup> Palmer BW, Informed consent for schizophrenia research: what is an investigator (or IRB) to do? BehavSci Law. 2006; 24:447-52

<sup>11</sup> Palmer BW, Dunn LB, Appelbaum PS, Mudaliar S, Thal L, Henry R, Golshan S, Jeste DV, Assessment of capacity to consent to research among older persons with schizophrenia, Alzheimer disease, or diabetes mellitus: comparison of a 3-item questionnaire with a comprehensive standardized capacity instrument. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:726-33.

<sup>12</sup> Ganzini L, Volicer L, Nelson WA, Fox E, Derse AR, Ten myths about decision-making capacity. J AmMed Dir Assoc. 2005; 6: S100-4.

<sup>13</sup> Cuzzolaro M, Castra R, Spissu M, Giornate di Nutrizione Clinica, Corso di Aggiornamento-11° edizione, Milano 5-6 Ottobre 2001.

<sup>14</sup> Trib. Roma 6 dicembre 2010.

dell'inabilitazione e dell'interdizione<sup>15</sup>. Elemento centrale è l'attenzione alle concrete ed attuali esigenze della persona amministranda, con la specifica finalità di tutelarle. Nella realtà dei fatti l'AN si trova in una situazione di assoluta particolarità:

1) Non è un disturbo a carattere francamente delirante, e l'unica vera "terapia" rifiutata è il cibo<sup>16</sup>, per cui non può essere immediata la dimostrazione delle condizioni enunciate nell'art.34 della Legge 833/1978<sup>17</sup>.

2) Si associa alla mortalità più elevata tra le patologie psichiatriche<sup>18 19 20 21 22 23 24</sup>. Quindi, se in campo psichiatrico le problematiche riguardo il consenso sono in genere molto amplificate, quando si entra nell'ambito dei DCA e dell'AN, i dubbi di indole clinica, etica e legale si moltiplicano<sup>25 26 27 28</sup>.

Laddove richiesta dai familiari, l'amministrazione di sostegno è stata concessa e motivata in base al principio che, quando la libertà di autodeterminazione non può essere compiutamente espressa a causa della condizione fisica e/o mentale della persona, deve essere comunque garantito l'accesso alle cure mediche, fatto salvo il rispetto della dignità in condizioni di eguaglianza 14.

Argomentazioni del genere sono state utilizzate in un recente caso inglese, per il quale l'High Court inglese ha disposto la nutrizione forzata su una donna di 32 anni, affetta da una grave forma di anoressia, che oramai da un anno rifiutava di assumere cibi solidi, avendo espresso la volontà di lasciarsi morire. Tale decisione si è fondata sulla tutela del best interest oggettivo, ricavato dalla presunzione che questo coincida e sia conforme al comune apprezzamento, soprattutto se fondato su elementi di giudizio gravi, precisi e concordanti.

La Commissione per il Mental Health Act, ha inoltre stabilito che in alcuni casi, da verificare e accertare in concreto, la malattia può essere in grado di determinare la compromissione della capacità d'intendere e di volere, impedendo al soggetto di esprimere un valido assenso o un rifiuto alla terapia, giungendo ad affermare che: "in

---

<sup>15</sup> Cass. 12 giugno 2006, n. 13584; Corte Cost. 9 dicembre 2005, n. 440.

<sup>16</sup> Goldbloom DS, Kennedy SH, Kaplan AS et al: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Can Med Assoc J. 1989; 140:1149-1154.

<sup>17</sup> L'articolo 34 della legge 833/1978 pone le seguenti condizioni, affinché sia possibile procedere con un trattamento sanitario obbligatorio: 1) Il paziente deve presentare alterazioni psichiche tali da richiedere urgenti interventi terapeutici. 2) Gli stessi interventi non vengono accettati dall'infermo, perché questo non è in condizioni di comprenderne la natura, il significato e la necessità. 3) Non sussistono le condizioni e le circostanze che consentono di adottare tempestive ed idonee misure sanitarie extra-ospedaliere.

<sup>18</sup> Sullivan PF, Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry. 1995; 152:1073- 1074.

<sup>19</sup> Millar HR, Wardell F, Vyvyan JP, et al. Anorexia nervosa mortality in Northeast Scotland. Am J Psychiatry. 2005; 162:753-757.

<sup>20</sup> Nielsen S, Standardized mortality ratio in bulimia nervosa. ArchGenPsychiatry. 2003; 60:851.

<sup>21</sup> Rosling AM, Sparén P, Norring C, von Knorring AL, Mortality of eating disorders: a follow-up study of treatment in a specialist unit 1974-2000. Int J EatDisord. 2011;44:304-10.

<sup>22</sup> Hoek HW, Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. CurrOpinPsychiatry. 2006; 19(4):389-94.

<sup>23</sup> Sigurdardottir A, Palsson SP, Thorsteinsdottir G, Anorexia nervosa in psychiatric units in Iceland 1983-2008, incidence of admissions, psychiatric comorbidities and mortality. Laeknabladid. 2010; 96(12):747-53.

<sup>24</sup> Birmingham CL, Su J, Hlynsky JA, Goldner EM, Gao M, The mortality rate from anorexia nervosa. Int J EatDisord. 2005; 38(2):143-6.

<sup>25</sup> Dresser R, Feeding the hungry artists: Legal issues in treating anorexia nervosa. Wis L Rev. 1984;1984 (2):297-374.

<sup>26</sup> Hébert PC, Weingarten MA, The ethics of forced feeding in anorexia nervosa. CMAJ. 1991;144(2):141-4.

<sup>27</sup> Kluge EH, The ethics of forced feeding in anorexia nervosa: a response to Hébert and Weingarten. CMAJ. 1991;144(9):1121-4.

<sup>28</sup> Draper H, Anorexia nervosa and respecting a refusal of life-prolonging therapy: A limited justification. Bioethics. 2000, 14(2):120-133.

rari casi, quando la salute fisica o la vita del paziente è in grave pericolo a causa del rifiuto del cibo o dei liquidi, può essere necessario il trattamento obbligatorio<sup>29</sup>, soggiungendo che è fondamentale eseguire una valutazione della Competence to treatment di questi pazienti.

## 2. Disturbi dell'alimentazione e loro epidemiologia.

I DCA costituiscono l'insieme delle sindromi psichiatriche che si manifestano attraverso un comportamento alimentare disturbato. All'interno di questa definizione sono inclusi: Anoressia Nervosa (AN), Bulimia Nervosa (BN) e Disturbi dell'alimentazione non Altrimenti Specificati (NAS). In questo studio ci riferiamo ai criteri diagnostici proposti dal DSM-IV TR dell'American Psychiatric Association.

L'Anoressia Nervosa (AN) è una grave malattia psichiatrica caratterizzata dall'incapacità di mantenere normale peso corporeo, fino a giungere al di sotto dell'85% del peso ideale. Ciò nonostante le persone che ne sono affette rimangono ossessionate dal proprio peso corporeo, anche se estremamente ridotto, e sono perennemente insoddisfatti della dimensione e della forma percepite del proprio corpo, per cui applicano condotte comportamentali dannose per la salute (vomito, dieta, esercizio fisico eccessivo e digiuno). Un sottogruppo d'individui con AN applica attua<sup>30</sup> e vomito e, in questi casi si associa frequentemente anche abuso di alcool<sup>31</sup>. L'amenorrea fa parte dei criteri diagnostici per l'AN; in realtà è dimostrato che la presenza o l'assenza del mestruo è trasversale a tutti i disturbi alimentari<sup>32 33</sup>. Elementi caratteristici delle personalità degli individui con AN sono il perfezionismo e l'ossessività<sup>34</sup>, l'ansia, le condotte di evitamento e la bassa autostima<sup>35</sup>. Si sono inoltre evidenziate anche associazioni con il disturbo di personalità del cluster B (a quello istrionico si assocerebbe una migliore prognosi) e al disturbo di personalità ossessivo-compulsivo (in questi casi si assocerebbe una prognosi peggiore).

Le comorbidità psichiatriche più frequenti sono la depressione maggiore e, soprattutto, i disturbi d'ansia (Bulick et al 1997, Godart et al 2002, Kaye et al 2004) che possono anche precedere l'insorgenza del disturbo alimentare. L'AN si manifesta principalmente durante l'adolescenza e ha una prevalenza media dello 0,29% nelle donne (con valori maggiori nelle sindromi parziali), mentre l'incidenza, sempre nelle donne, varia a seconda delle popolazioni considerate dal 4,2 a 20 per 100000 22. Per i maschi si hanno pochi studi epidemiologici, che riportano un'incidenza di 1 per 100000.

La mortalità dell'AN, come già detto, è la più alta tra tutte le patologie psichiatriche.

---

<sup>29</sup> MENTAL HEALTH ACT COMMISSION. Guidance on the treatment of anorexia nervosa under the Mental Health Act 1983. Nottingham: Mental Health Act Commission 2006.

<sup>30</sup> L'abbuffata si caratterizza, secondo il DSM-IV-TR, per: 1) mangiare per un indefinito periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quello che la maggior parte delle persone mangerebbe nello stesso tempo ed in circostanze simili. 2) La sensazione di perdere il controllo durante l'episodio (es. sensazione di non riuscire a smettere di mangiare).

<sup>31</sup> Bulik CM, Klump KL, Thornton L, Kaplan AS, Devlin B, Fichter MM, Halmi KA, Strober M, Woodside DB, Crow S, Mitchell JE, Rotondo A, Mauri M, Cassano GB, Keel PK, Berrettini WH, Kaye WH, Alcohol use disorder comorbidity in eating disorders: a multicenter study. J Clin Psychiatry. 2004; 65(7):1000-6.

<sup>32</sup> Bulik CM, Sullivan PF, Kendler KS, An empirical study of the classification of eating disorders. Am J Psychiatry. 2000; 157:886-95.

<sup>33</sup> PoyastroPinheiro A, Thornton LM, Plotnicov KH, Tozzi F, Klump KL, Berrettini WH, Brandt H, Crawford S, Crow S, Fichter MM, Goldman D, Halmi KA, Johnson C, Kaplan AS, Keel P, LaVia M, Mitchell J, Rotondo A, Patterns of menstrual disturbance in eating disorders. Int J Eat Disord. 2007; 40(5):424-434.

<sup>34</sup> Grilo CM, Recent research of relationships among eating disorders and personality disorders. Curr Psychiatry Rep. 2002; 4(1):18-24

<sup>35</sup> Wonderlich SA, Lilenfeld LR, Riso LP, Engel S, Mitchell JE, Personality and anorexia nervosa. Int J Eat Disord. 2005; 37 Suppl:S68-71.



Una meta-analisi 24 che ha raccolto i valori di SMR (Standard Mortality Rate) di 17 studi, ha dimostrato valore medio di SMR maggiore di 10. Un recente studio di Rosling 21 ha mostrato come l'SMR impenni quando i pazienti giungono a valori del Body Mass Index (BMI) inferiori a 11 (fino a picchi SMR di 44,6 per un BMI < 10,5).

La Bulimia Nervosa (BN), è descritta come un disturbo alimentare caratterizzato da ricorrenti abbuffate, con perdita di controllo dell'assunzione di cibo e da un inappropriato comportamento compensatorio, che può associarsi, o meno, a condotte di eliminazione (vomito, uso improprio di lassativi, diuretici o enteroclistmi). Si può congiungere ad abuso alcolico 31 e a comportamenti di impulsività e instabilità 34, di ricerca continua di novità (NoveltySeeking) e di difficoltà a perseguire degli obiettivi (Low Self-Directedness) (48). Dai pochi studi epidemiologici fatti sulla BN risulta una prevalenza media dell'1% su giovani donne e un'incidenza variabile dall'11,5 al 13,5 per 100000 persone. La mortalità è inferiore rispetto all'AN, come dimostrato da una meta-analisi su 43 studi di follow-up sulla BN, che ha acclarato uno SMR di 1,6 20, e da uno studio del 2009, che ha evidenziato una mortalità grezza dello 0,32% (53).

Nel restante gruppo dei Disturbi dell'Alimentazione Non Altrimenti Specificati (NAS) si colloca principalmente il Binge Eating Disorder (BED) (categoria proposta nel DSM-IV per la ricerca), che è caratterizzato da abbuffate senza sensazione di perdita di controllo, senza comportamento compensatorio e con una spiccata tendenza all'obesità 32. Sono le poche informazioni epidemiologiche su questo disturbo, per il quale si stima una prevalenza dell'1% nella popolazione australiana mentre negli Stati Uniti varierebbe dal 2,6% (nelle donne bianche) al 4,5% (nelle donne nere).

3. Competence to treatment e DCA: lo stato dell'arte.

Si è voluto verificare come la letteratura abbia affrontato il problema della Competence to Treatment nei DCA; per realizzare un approccio sistematico si sono utilizzati criteri del "PRISMA Statement", utilizzando 619 articoli di cui si sono analizzati gli abstract.

Il primo dato su cui porre l'accento è che la capacità di dare consenso delle persone affette da DCA risulta essere approfondita solo nei casi di AN, mentre per gli altri disturbi di questo spettro patologico non si sono trovate pubblicazioni specifiche. Ciò è facilmente spiegabile dalla diversa prognosi dei disturbi, che solo nel caso dell'AN comportano un trattamento in regime obbligatorio.

Sono emersi solo 3 studi empirici che hanno valutato la Competence to Treatment sistematicamente. Lo strumento utilizzato è l'intervista semistrutturata MacArthur Competency Assessment Tool For Treatment (MacCAT-T) (59), che valuta singolarmente e nel complesso tutte e 4 le dimensioni (Comprensione, Valutazione, Ragionamento ed Espressione di una Scelta) relative alla capacità di decidere e che è considerata il gold standard.

Dei tre articoli, i due di Tan et al. In realtà si basano sullo stesso campione di 10 pazienti con AN e alcuni loro familiari; alla valutazione psicometrica della Competence è stata aggiunta un'intervista qualitativa, che ha permesso di evidenziare i punti di vista, le emozioni, e le valutazioni dei pazienti e di alcuni loro familiari. Con queste informazioni sono stati pubblicati altri due articoli 5657. Di fatto, i dati relativi alla Mac-CAT-T sono gli stessi. Il campione era composto da 10 giovani, con età compresa tra i 13 e i 21 anni, comprendendo quindi la fascia di età che si trova nella delicata posizione di essere nel mezzo, per la legge inglese, tra l'età in cui si acquisisce il diritto di dare il consenso (16 anni) e la maggiore età (18 anni). Tutti avevano diagnosi di AN secondo i criteri DSM-IV. Delle dieci partecipanti 2 al momento dell'intervista erano in trattamento obbligatorio secondo il Mental Health Act (MHA) e una era in regime di ricovero volontario. Tre erano state sottoposte in passato a trattamento obbligatorio. La durata della malattia prima dell'intervista variava dai due

mesi fino ai sei anni e il range del peso corporeo era compreso tra i 12,57 a 19.62 di BMI (i valori normali sono compresi tra 20 e 25).

Per quanto riguarda i risultati ottenuti alla MacCAT-T (che include tutti i criteri legali britannici di capacità) le persone hanno generalmente avuto una buona comprensione riguardo la loro malattia, le sue conseguenze e il trattamento che veniva loro offerto. Due partecipanti non hanno però pienamente accettato la diagnosi di AN, ma ciò nonostante hanno avuto buoni risultati nelle categorie "comprensione" e "ragionamento" e, nel complesso, hanno avuto un'eccellente performance.

Il terzo studio 58 è l'unico individuato che ha utilizzato la MacCAT-T, su una popolazione di 35 femmine adolescenti anoressiche (età media di 14.9 anni) confrontati con 40 controlli sani. Ai partecipanti di questo studio sono state presentate due vignette, rappresentative di individui con due tipologie di malattia, che i soggetti dovevano ipotizzare di avere: la scoliosi (malattia medica) e la depressione (malattia psichiatrica). Per ogni malattia si è prima proceduto con una fase informativa e successivamente con due alternative terapeutiche; infine, si è svolta l'intervista semistrutturata MacCAT-T, che, nei pazienti affetti da AN, ha riguardato anche la loro malattia. Dei 4 elementi valutati dall'intervista, è riportato solamente il "ragionamento", e per gli altri 3 è riferito che non è stata individuata alcuna variazione rispetto i controlli. In particolare, valutando i risultati rispetto al gruppo sano di controllo, chi è affetto da AN è risultato avere maggiori difficoltà ad impegnarsi in un "ragionamento consequenziale", e meno in grado di elaborare le conseguenze quotidiane delle proprie decisioni ed altrettanto meno in grado di prendere decisioni logicamente coerenti rispetto alle vignette utilizzate per lo studio. Inoltre, le pazienti con AN hanno dimostrato maggior difficoltà nel ragionamento comparativo e nel ragionamento generale quando si trattava della propria malattia rispetto a quella ipotetica. Gli Autori hanno spiegato questi particolari con il fatto che molte pazienti percepiscono la malattia come parte integrante della propria identità, contribuendo alla sua ego-sintonicità, e rendendo pertanto difficile mettere a confronto i pro e i contro di accettare o rifiutare un trattamento.

Dall'articolo è emerso come la capacità di prendere delle decisioni sul proprio trattamento è molto eterogenea, per cui non si può prescindere dal valutarla di volta in volta. È peraltro da notare che nessuno dei pazienti reclutati nello studio ha raggiunto la maggiore età, per cui non può comunque decidere per se sul piano legale.

4. *Principali problematiche legate al consenso alle cure nell'anoressia.*

In base alla letteratura consultata, le persone anoressiche sembrano essere per lo più competenti nel prendere decisioni riguardo alle cure. I pazienti affetti da AN possono avere qualche difficoltà di concentrazione, ma spesso sembrano avere una buona comprensione della loro malattia e dei rischi connessi, il ragionamento è conservato anche a pesi corporei molto bassi, e non si è evidenziata una disfunzione mentale nella valutazione cognitiva.

Ma è questa l'effettiva realtà dei fatti?

La MacCAT-T sembra non riuscire a valutare alcuni elementi fondamentali, approfonditi attraverso le valutazioni qualitative.

L'AN è vissuta come un elemento strutturale dell'identità stessa della persona, considerando anche che sono spesso adolescenti e quindi non hanno sviluppato un chiaro senso di sé in assenza della malattia; pertanto, anche se razionalmente sono in grado di identificare i rischi associati, non riescono ad accettare un trattamento perché questo significherebbe perdere una parte di se. A ciò si aggiunge una forte ambivalenza rispetto allo stesso (con un'ambigua volontà di sottoporsi e di rifiutare la terapia), cui si accompagna sia la sensazione che cambiare il proprio comportamento

*non è una scelta possibile, sia la paura di perdere il controllo.*

*La relativa irrilevanza data alla morte e alla disabilità rispetto alle condizioni determinate dell'AN, che è considerata come confortante, può giocare un ruolo cruciale nel rifiuto del trattamento, e tuttavia ciò può non emergere dalla MacCAT-T come possibile indice di compromissione della Competence to Treatment. È stato evidenziato come queste persone abbiano difficoltà nei processi di ragionamento, che riguarderebbero più che altro la capacità di valutare, riferendole a se stessi, i rischi connessi alla malattia. In altre parole, un individuo sotto-peso può essere d'accordo sul fatto che una persona nella sua condizione è a rischio, ma ha difficoltà a considerare seriamente quel rischio quando pensa alla sua condizione.*

*Charland identifica i seguenti "valori patologici" che guidano il paziente anoressico: la fondamentale importanza di essere magri, fino al preferire il rischio di morire all'idea di aumentare di peso; il beneficio del sentirsi diversi dagli altri attraverso l'estrema magrezza; la sensazione che l'AN sia parte della propria identità.*

*A ben guardare, il sistema dei valori che è centrale nell'AN è molto simile a quello di una buona parte della popolazione generale e, quindi, non appare inusuale o irragionevole. Ciò che colpisce nell'AN è la forza che hanno questi valori e l'assoluta predominanza rispetto ad altri aspetti della vita; queste due caratteristiche si possono tuttavia trovare in diverse situazioni non patologiche (come ad esempio chi sacrifica la vita sociale, la famiglia e gli hobbies per dedicarsi alla carriera), rendendo ancora una volta alquanto complesso tracciare una chiara linea di demarcazione tra ciò che è normalità e ciò che è alterazione.*

*In effetti, è molto difficile identificare i "giusti criteri" per questo tipo di valutazioni: qualora se ne utilizzassero di troppo stringenti per determinare le ragioni e i valori su cui si basano le decisioni, si arriverebbe a considerare le convinzioni di molte culture o sotto-culture come irragionevoli (per esempio nel classico caso del testimone di Geova che rifiuta la trasfusione di sangue che può salvargli la vita).*

*Questo tipo di valutazioni sfuggono alla MacCAT-T, poiché con essa il "ragionamento" è valutato essenzialmente come un processo cognitivo, riducendolo a "consistenza logica in una argomentazione razionale".*

*In altre parole, la comprensione cognitiva deve essere integrata alla "comprensione emotiva" della propria decisione; da questo punto di vista si è anche ipotizzata nell'AN la presenza di una forma "sottile" d'incapacità, focalizzata nella specifica area della nutrizione (che è l'essenza e la definizione stessa del disturbo).*

*Infine è fondamentale considerare le possibili oscillazioni della Competence to Treatment durante il lungo decorso di questa patologia cronica.*

#### *5. Trattamenti obbligatori nell'anoressia.*

*Date queste premesse, è giustificato l'utilizzo di trattamenti coercitivi; in questo caso tipo di disturbi; in quali occasioni come possono essere vissute dai pazienti e dai curanti; quali sono le problematiche legali connesse?*

*Per quanto riguarda quali siano i pazienti con AN che possono aver bisogno di un trattamento obbligatorio, la letteratura evidenzia che la maggior parte dei casi è rappresentata da coloro che hanno maggiori comorbidità psichiatriche, un maggior numero di ricoveri in anamnesi e soprattutto un BMI all'entrata minore rispetto ai volontari.*

*Sugli esiti di un trattamento obbligatorio risulta che i ricoveri coatti hanno una durata maggiore; l'aumento di peso ottenuto è stato o lievemente maggiore o uguale rispetto a quello dai pazienti volontari; il follow-up a lungo termine ha paradossalmente registrato un aumento della mortalità, spiegato dagli autori con la maggior gravità dei pazienti di questo gruppo.*

*La cura coercitiva si può accompagnare anche a pratiche di contenimento (per evitare*



*l'eccessiva attività fisica o le condotte di eliminazione) o di nutrimento coatto attraverso il sondino naso-gastrico, che può trovare indicazione, ma con la cautela di evitare il rischio di una sindrome da re-feeding; difatti, in caso di grave defedazione (BMI di 10-12) la ri-alimentazione deve essere lenta e calibrata, e può accompagnarsi ad alcune restrizioni della libertà.*

*Per tutti questi motivi gli operatori sanitari devono essere molto cauti nell'imporre trattamenti terapeutici, a prescindere dal fatto che credano oppure no nella loro efficacia; poiché un intervento coatto, per quanto giustificato dai risultati organici, potrebbe rappresentare un'esperienza dolorosa e difficile per la persona, sì da compromettere la collaborazione del paziente con gli operatori e diminuire la sua capacità di prendere decisioni bilanciate e autonome rispetto al trattamento.*

*Il timore maggiore è che si danneggi irrimediabilmente il rapporto medico-paziente, anche se da uno studio di Guarda sul grado di coercizione percepito all'ingresso e dopo due settimane, da 299 persone ricoverate per DCA, risulta che i pazienti anoressici, soprattutto se adolescenti, soffrivano molto il ricovero, ma dopo due settimane il 41% lo giudicava utile.*

*A sua volta, uno studio di Tan del 2010, condotto intervistando retrospettivamente 29 donne malate di AN, chiedendo loro se fossero favorevoli all'uso di cure coercitive per salvare la vita della persona anoressica, a condizione che tale pratica avvenisse nell'ambito di una relazione terapeutica di fiducia, ha ottenuto dichiarazioni in tal senso favorevoli.*

*Queste richieste sono coerenti con altre nelle quali le persone in trattamento obbligatorio hanno scelto di continuare volontariamente il trattamento, dimostrando di concreto la possibilità di creare un rapporto tra curante e curato. Alcuni esperti sostengono che il fatto di essere costretto ad assumere cibo può aiutare il paziente a rendersi conto della gravità della situazione e possa pure ridurre il suo senso di colpa quando accetta di nutrirsi. Tutte queste osservazioni hanno portato anche a ritenere che non sia necessario attendere una condizione medica critica per un eventuale TSO, anche perché il rischio di eventi acuti e inaspettati a prognosi sfavorevole è sempre in agguato.*

*È dunque difficile valutare come patologiche, da un punto di vista tecnico del termine, le scelte di una persona anoressica, per cui il clinico che agisce in questo campo si scontra continuamente con il dilemma tra il diritto all'autonomia del paziente e il dovere medico di curare, anche perché può rischiare accuse come il sequestro di persona (articolo 605 C.P.) e la violenza privata (articoli 46 e 610 C.P.) o, viceversa, l'omissione di soccorso (articolo 592 C.P.), l'abbandono d'incapace (articolo 491 C.P.), l'omissione di atti d'ufficio (articolo 328 C.P.), le lesioni personali colpose (articolo 590 C.P.) e l'omicidio colposo (articolo 589 C.P.).*

*In altre dimensioni giuridiche, come quella inglese, statunitense 13 e australiana 69, esistono norme ad hoc sull'anoressia, che permettono all'operatore sanitario di avere qualche indicazione, soprattutto nei casi più controversi come nelle anoressiche gravide o in adolescenti. Questi ultimi costituiscono il 90% delle persone affette da AN 49, e si trovano evidentemente nel limbo tra l'impossibilità legale di scegliere delle proprie cure e con una maturità di fatto acquisita, ma in Italia sono equiparati all'incapace.*

## *6. Conclusioni.*

*Non è possibile definire con generale certezza "se" e "quando" una persona affetta da anoressia nervosa ha la capacità di dare, o rifiutare il consenso al trattamento medico, essendo insufficienti i dati delle ricerche empiriche.*

*Anche quando il ricovero è volontario, si può presentare la necessità di un intervento parzialmente coattivo, in ragione dell'eventuale ambivalenza del paziente rispetto al*

*progetto di alimentazione, della possibilità di fughe dal reparto, dell'eccessiva attività fisica e di comportamenti eliminatori.*

*Alcuni esperti sostengono che esistano condizioni in cui ha un senso rispettare il diritto del rifiuto del paziente a un trattamento salvavita, anche a rischio di un esito sfavorevole.*

*In ogni caso è necessario valutare attentamente questi parametri: la cronicità, la severità, la presenza di danni organici irreversibili, il numero di trattamenti attuati in combinazione con la reale capacità del paziente di saper "valutare" la propria situazione. Solo a questa stregua si possono attuare trattamenti rispettosi dell'etica e della legge.*

*Dall'analisi degli articoli sull'argomento, risulta che la Competence to Treatment nell'AN è stata poco studiata e, soprattutto, che gli strumenti psicometrici disponibili in questo momento non riescono a valutare appieno un'eventuale alterazione di giudizio, giacché esso non intacca la razionalità, ma piuttosto la componente emotiva e le basi emozionali/affettive (82) su cui il ragionamento si basa.*

*In conclusione l'AN è una malattia mentale, ma questo non significa che i pazienti affetti da questo disturbo siano da giudicarsi aprioristicamente incapaci di decidere se accettare o meno le cure.*

*Come in altre malattie mentali ci si può trovare in quella sottile zona grigia dove il dovere di curare una persona a rischio di vita e l'infrazione del suo diritto a rifiutare un trattamento sono punti pericolosamente (per il paziente, come per il medico) troppo vicini.*

## **GLI ATTI DEI COMMISSARI AD ACTA IN SANITÀ TRA «FORMA» AMMINISTRATIVA E «SOSTANZA» LEGISLATIVA: LA CORTE ASSERISCE, MA NON CHIARISCE.**

*Giurisprudenza Costituzionale, fasc.6, 2014, pag. 4732D*

*Nicola Viceconte -*

*Classificazioni: REGIONE - Bilanci e contabilità*

*1. La sentenza in commento costituisce un nuovo intervento della Corte costituzionale sul tema del commissariamento delle Regioni sottoposte a piano di rientro dal disavanzo eccessivo in sanità, probabilmente uno dei nodi più delicati del riparto di competenza Stato-Regioni, trattandosi di un settore in cui, più che in altri, hanno trovato applicazione i principi giurisprudenziali in materia di coordinamento finanziario<sup>(1)</sup>.*

*A detta della Corte, pur senza poter ripercorrere in questa sede compiutamente la questione, l'autonomia legislativa delle Regioni incontra limiti alla luce degli obiettivi della finanza pubblica e di contenimento della spesa fissati dal legislatore statale<sup>(2)</sup>, che può imporre agli enti autonomi, per ragioni di coordinamento finanziario connesse a obiettivi nazionali, condizionati anche dagli obblighi comunitari, vincoli alle politiche di bilancio, anche se questi si traducono, inevitabilmente, in limitazioni indirette all'autonomia di spesa degli enti<sup>(3)</sup>. In tal senso, possono ricondursi all'ambito dei principi di coordinamento della finanza pubblica, altresì, i poteri puntuali eventualmente necessari perché la finalità di coordinamento possa essere concretamente realizzata<sup>(4)</sup>.*

*Nel settore della sanità, nondimeno, tali obiettivi di finanza pubblica sono stati posti attraverso un sistema di accordi fra Stato e Regioni (i c.d. «Patti per la salute»), generalmente recepiti da leggi statali, che divengono così vincolanti per le Regioni<sup>(5)</sup>. L'accordo, pertanto, costituisce il meccanismo di coinvolgimento delle Regioni e delle Province autonome, idoneo secondo la Corte a vincolare le scelte regionali e a condizionare le forme di accesso di queste ultime al finanziamento statale<sup>(6)</sup>. In definitiva, si delinea un sistema in cui la copertura dei deficit sanitari da parte dei fondi statali si associa all'individuazione di obblighi in capo alle Regioni, anche con talune sanzioni per lo sfioramento dei tetti di spesa. Una peculiare modalità di legiferare in ambito sanitario, che si è sostituita al normale rapporto tra principi fondamentali posti dallo Stato e legislazione regionale di dettaglio, con norme statali assai dettagliate e lo spostamento a livello di accordo Stato-Regioni del coinvolgimento regionale nella disciplina della materia<sup>(7)</sup>.*

*Tali vincoli imposti dagli obiettivi di finanza pubblica hanno trovato attuazione attraverso il sistema dei piani di rientro, introdotto dalla l. 30 dicembre 2004, n. 311, e successivamente modificato<sup>(8)</sup>. Si tratta, come noto, di uno strumento attraverso cui le Regioni concordano con lo Stato l'assunzione di particolari obblighi tesi al ripiano del disavanzo di bilancio in sanità, adottando gli strumenti operativi idonei allo scopo<sup>(9)</sup>. Il mancato rispetto del piano (o la sua mancata presentazione) costituisce il presupposto per l'imposizione di una sorta di sistema sanzionatorio, nonché l'attivazione, ai sensi dell'art. 120 Cost. (attuato dall'art. 8 l. 5 giugno 2003, n. 131)<sup>(10)</sup>, di un meccanismo sostitutivo dello Stato sulle Regioni, attraverso la nomina, con delibera del Consiglio dei ministri che ne specifica i poteri, di un Commissario ad acta (anche nella persona del Presidente della Giunta regionale) dotato di poteri straordinari. Un sistema «premier-sanzionatorio» progressivamente rafforzatosi, attraverso diversi interventi normativi che hanno disciplinato, talvolta disorganicamente, la materia<sup>(11)</sup>, sino alla ricordata l. 191/2009. Ivi, sono state esplicitamente previste: da un lato, la natura vincolante del piano di rientro, con il conseguente obbligo per la Regione di rimuovere i provvedimenti, anche legislativi, di ostacolo alla piena attuazione del piano e a non*

adottarne di nuovi (art. 2 comma 95); dall'altro, per le Regioni commissariate, l'attribuzione al Commissario del potere di adottare tutte le misure indicate nel piano, «nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano» (art. 2 comma 83).

Tale ultima statuizione costituisce, pertanto, il punto nodale del tema affrontato dalla sentenza in commento, quello cioè dei poteri del Commissario ad acta e della loro eventuale natura legislativa.

2. La questione sottoposta al giudizio della Corte costituzionale trae origine da una vicenda della Regione Molise, ove il Commissario ad acta aveva adottato con decreto i nuovi programmi operativi, recanti disposizioni in parziale contrasto con precedenti atti regionali, anche di rango legislativo. Un contrasto che, a detta del giudice a quo, sarebbe possibile alla luce dell'art. 2 comma 83 l. n. 191/2009, con cui si attribuirebbero al Commissario poteri di natura legislativa, con conseguente dubbio di legittimità costituzionale della norma statale<sup>(12)</sup>.

La Corte affronta la questione richiamando la sua ormai consolidata giurisprudenza in materia di piani di rientro, secondo cui la normativa di riferimento è espressione dei principi fondamentali che lo Stato può dettare nella materia del coordinamento della finanza pubblica, oltre che in quella di tutela della salute<sup>(13)</sup>, consentendosi in tal modo una compressione dell'autonomia legislativa concorrente delle Regioni<sup>(14)</sup>. L'ulteriore fase della nomina di un Commissario ad acta, incaricato dell'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario, pertanto, costituisce applicazione del potere sostitutivo ex art. 120 Cost., conseguenza dell'inerzia degli organi regionali nell'attuazione del piano. Ne deriva che le misure regionali previste al fine di rispettare gli obiettivi indicati dai piani di rientro, oltre a dover essere coerenti con gli stessi, non possono sovrapporsi ai poteri commissariali, che devono essere posti al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, poiché ogni intervento che possa aggravare il disavanzo sanitario regionale sarebbe di ostacolo all'attuazione del piano, con conseguente illegittimità di norme tese a sottrarre al Commissario l'esercizio di funzioni amministrative<sup>(15)</sup>. Il Commissario, infatti, opera quale «organo straordinario» dello Stato, le cui funzioni non possono essere pregiudicate neppure da un adempimento tardivo agli obblighi da parte della Regione, con leggi che intervengano in ambiti ormai attribuiti ai poteri commissariali<sup>(16)</sup>.

Dalla giurisprudenza della Corte, pertanto, emerge una sorta di «capovolgimento» della gerarchia delle fonti, poiché le norme di legge regionale sono tenute a conformarsi, seppur indirettamente, a provvedimenti di natura amministrativa<sup>(17)</sup>. Con la delibera governativa di commissariamento, in altri termini, si avrebbe quasi un divieto di esercizio della funzione legislativa regionale nella materia sanitaria<sup>(18)</sup>; in un certo senso, pertanto, la delibera di commissariamento verrebbe a porsi come una sorta di fonte interposta, che integra il parametro di costituzionalità<sup>(19)</sup>. Le disposizioni dei piani di rientro, anche come aggiornate e integrate dai programmi operativi (art. 2 commi 88 e 88-bis, l. n. 191/2009), infatti, operano, alla stregua dei principi fondamentali, quale vincolo alla legislazione regionale; inoltre, poiché i poteri del Commissario ad acta trovano nella delibera la loro fonte e legittimazione, è evidente che sia alla luce di quest'ultima che debba essere risolta l'antinomia tra leggi regionali e atti commissariali. Ne consegue che qualsiasi legge regionale in contrasto con le misure adottate dal Commissario in attuazione di quanto previsto dalla delibera sarà incostituzionale per violazione dell'articolo 120 Cost. e dei principi fondamentali di coordinamento finanziario, che attraverso i piani di rientro s'impongono alle Regioni.

Alla luce di quanto detto, il contenuto dei piani di rientro risulta sostanzialmente



«legificato», ponendosi come vincolante per le Regioni, che sono così tenute ad adeguare la propria legislazione ai contenuti del piano. Tale obbligo è ulteriormente rafforzato da quanto previsto dall'art. 2 comma 80, l. n. 191/2009<sup>(20)</sup>, che introduce nuove forme di esercizio del potere sostitutivo statale per le Regioni sottoposte a piano di rientro<sup>(21)</sup>. Ivi, infatti, viene disposto che, qualora l'attuazione dei piani di rientro o dei programmi operativi sia ostacolata da disposizioni legislative regionali, gli organi di attuazione, ordinari o straordinari, ne facciano segnalazione al Consiglio regionale, che deve assumere le conseguenti determinazioni entro i successivi 60 giorni; scaduto tale termine provvede il Consiglio dei Ministri, nell'esercizio dei poteri sostitutivi di cui all'articolo 120 Cost., anche con misure normative. Una previsione che incide notevolmente sull'autonomia regionale e presenta non pochi dubbi, poiché consente al Consiglio dei ministri la deroga ad atti legislativi regionali con strumenti normativi non esattamente precisati, salvo voler considerare la norma come recante un'abilitazione all'uso del decreto legge, sulla falsariga di quanto incidentalmente affermato anche dalla giurisprudenza costituzionale, aprendosi così il tema della c.d. «sostituzione legislativa» il quale, sebbene non possa essere affrontato in questa sede<sup>(22)</sup>, presenta senz'altro talune perplessità<sup>(23)</sup>.

Nondimeno, la disposizione in questione appare una conferma dell'impossibilità per il Commissario ad acta di adottare atti in deroga alla legislazione regionale, essendo lo stesso vincolato, come per gli organi di attuazione del piano di rientro presenti nelle Regioni non commissariate, ad indicare le norme regionali vigenti che devono essere rimosse.

Si arriva così a quello che appare essere l'unico vero limite ai poteri commissariali che la Corte desume dal sistema dei piani di rientro per come ricostruito: l'attribuzione in capo al Commissario ad acta di poteri legislativi. Infatti, poiché l'individuazione delle fonti legislative può essere disposta solo da norme di rango costituzionale e, a livello regionale, è solo il Consiglio regionale l'organo titolare del potere legislativo, l'art. 120 Cost. non consente una deroga all'ordine costituzionale delle competenze degli organi regionali di tal fatta<sup>(24)</sup>. Unica strada ipotizzabile per un tale risultato (ma la Corte non è perentoria su tal punto) sarebbe quella dell'esercizio da parte del Governo del potere sostitutivo in via legislativa con decreto-legge.

Ma su tali aspetti si tornerà in seguito.

3. Tornando alla sentenza in esame, la Corte, sulla base dei propri precedenti, esclude tout court l'attribuzione di poteri legislativi in capo al Commissario, specificando che nel caso di specie gli atti commissariali hanno mera natura amministrativa di attuazione del piano di rientro. Si nega, quindi, la natura legislativa degli atti commissariali, senza però chiarire nitidamente i rapporti tra questi ultimi e la legislazione regionale.

Il sistema dei piani di rientro, infatti, delinea un assetto più complesso di quello affermato dalla giurisprudenza costituzionale, poiché non può non considerarsi che la mera sostituzione governativa, di per sé, già comporta una deroga a norme regionali di rango legislativo e statutario, poiché l'attività commissariale inevitabilmente va a sostituirsi a quella di tutti gli organi regionali, Consiglio regionale incluso. Si pensi, a tal proposito, ai poteri che Commissario ad acta, in virtù della delibera di commissariamento, esercita in materia fiscale<sup>(25)</sup>, o alla frequente adozione con decreto commissariale del piano sanitario regionale, atto legislativamente e statutariamente attribuito alla competenza del Consiglio regionale. Inevitabilmente, infatti, le disposizioni legislative e statutarie regionali di tipo organizzativo sono già sospese e derogate dalla delibera di commissariamento, che diventa unica fonte della legittimazione del potere commissariale e atto di delimitazione dello stesso. In tal senso, la Corte costituzionale non ha negato tale capacità derogatoria, se si considera

che ha legittimato l'intervento del Commissario in materie riservate alla legge regionale, quali, appunto, la materia fiscale e di bilancio (26); la qual cosa, seppur non porti necessariamente a riconoscere la natura legislativa degli atti commissariali, indubbiamente non può celare l'esercizio di funzioni da parte dello stesso in deroga alla legge regionale (27), sebbene sulla base di un atto statale attuativo di principi fondamentali di contenimento della spesa (28).

In altri termini, attraverso la delibera commissariale si «apre uno spazio» per l'attività del Commissario, che può intervenire in ambiti normalmente riservati a fonti regionali di rango primario, sostituendosi agli organi regionali e vincolando la futura attività di questi ultimi.

Nella sentenza in commento, la fattispecie in oggetto riguarda atti del Commissario ad acta in contrasto con leggi regionali precedenti che recepiscono, come nel caso di specie, disposizioni contenute nei piani sanitari regionali attuative del piano di rientro, adottato precedentemente al delibera di commissariamento. La questione si è posta sovente all'attenzione della giustizia amministrativa, che non ha assunto un orientamento univoco, in alcuni casi riconoscendo alla normativa sul commissariamento e ai relativi provvedimenti attuativi una capacità derogatoria di precedenti leggi regionali(29), in altri casi negando, invece, tale capacità(30). Ora, va ricordato che, alla luce della citata normativa statale (art. 2 commi 88 e 88-bis, l. n. 191/2009), i programmi operativi costituiscono adeguamento del piano di rientro. Seguendo il ragionamento della Corte, pertanto, anche per tali casi, con la delibera di commissariamento si «apre uno spazio» all'azione del Commissario, cui spetta l'adozione delle misure di adeguamento del piano, potendo innovare l'ordinamento per questi profili. È in tal senso, pertanto, che le disposizioni regionali antecedenti, con cui si è data attuazione al piano prima del commissariamento, cedono innanzi alla legislazione statale, che opera in questo caso attraverso una sorta di «doppio rinvio» al piano di rientro e ai programmi operativi. L'antinomia, allora, si risolve a favore degli atti commissariali non tanto per una presunta natura legislativa degli stessi, ma in quanto è la normativa statale, integrata dalla delibera di commissariamento, a conferire al Commissario ad acta il potere di procedere all'adeguamento del piano di rientro, sostituendosi al Consiglio regionale nell'adozione delle misure necessarie.

I poteri del commissario, invece, si arrestano, e non potrebbe essere altrimenti, innanzi alle norme di legge regionale già vigenti che, pur non in diretto contrasto o necessariamente incompatibili con il commissariamento, vadano ad incidere sulle scelte che dovranno essere effettuate dal Commissario. In tali casi, quindi, troverà applicazione l'art. 2 comma 80, l. n. 191/2009, per cui il Consiglio regionale dovrà provvedere a sospendere o abrogare le norme in questione, pena l'attivazione del potere sostitutivo (legislativo?) del Consiglio dei ministri.

Alla luce di quanto affermato, dunque, sebbene debba negarsi l'attribuzione, da parte della l. n. 191/2009, di poteri di tipo legislativo in capo all'organo commissariale (e non si vede come potrebbe essere altrimenti), è indubbio che l'attuazione della normativa statale di principio in materia di contenimento della spesa sanitaria, con tutto ciò che ne consegue, viene ad essere svolta direttamente dal Commissario ad acta, che, a prescindere dalle affermazioni della Corte(31), è l'unico vero soggetto attuatore delle misure per il superamento dell'emergenza sanitaria in ambito regionale(32). La conformità alla delibera di commissariamento e ai piani di rientro, dunque, diviene il reale e unico parametro dei limiti degli atti commissariali(33).

La realtà è che nel momento in cui si attribuisce capacità vincolante nei confronti della legislazione regionale ad atti amministrativi, quali quelli di adozione dei programmi operativi, lo svilimento dell'autonomia legislativa regionale è ormai già in buona parte compiuto. La normativa statale di principio, infatti, va ad incidere, attraverso una

serie di rinvii, sulle competenze regionali, attribuendo a un organo statale, il Commissario, poteri e competenze che finiscono per sostituirsi alle fonti primarie regionali. Sebbene la Corte resti ambigua sul tema, allora, sembra essersi affermata una commistione tra l'esercizio del potere sostitutivo e la procedura di «chiamata in sussidiarietà» ai sensi della sentenza 303 del 2003<sup>(34)</sup>, senza la sussistenza dei requisiti richiesti dalla stessa Corte per lo «spostamento» a livello statale delle competenze legislative regionali, con una configurazione assai atipica della sostituzione ex art. 120 Cost. <sup>(35)</sup>. Lo Stato, infatti, sposta l'esercizio di funzioni amministrative in capo al Commissario ad acta, ma non disciplina con legge la materia, lasciando che siano gli atti commissariali a regolare la stessa, con il risultato che essi assumono sostanza legislativa. La materia sanitaria, così, si trova disciplinata nelle Regioni solo da «evanescenti» principi statali, dai piani di rientro e dagli atti del Commissario.

4. Il quadro, in definitiva, è ben più articolato di quello che la Corte costituzionale sembra delineare. Da un lato la «polverizzazione» dell'ordinario riparto di competenza tra Stato e Regioni in materia di tutela della salute, dall'altro le esigenze di coordinamento finanziario, infatti, rendono assai poco armonico con il disegno costituzionale l'impianto dei meccanismi di commissariamento delle Regioni, sebbene la Corte riesca, pur in assenza di una sua vera riconduzione a sistema, a salvarlo.

A destare perplessità, infatti, è lo stesso commissariamento di un ente legislativo, specie nel momento in cui non opera propriamente «ad acta», ma per intere legislature, anche successive tra loro, vanificando, tra l'altro, il senso stesso delle scelte politiche. Meglio, allora, sarebbe stato ipotizzare meccanismi diversi, quali le norme statali cedevoli o la stessa chiamata in sussidiarietà<sup>(36)</sup>, lasciando così alle Regioni l'autonomia almeno sull'attività amministrativa di attuazione; il potere sostitutivo ex art. 120 Cost., in tal modo, sarebbe stato rivolto all'adozione di specifici provvedimenti di attuazione delle norme statali, nei casi d'inerzia regionale. Invece, si è arrivati a un commissariamento per materie e politiche più che per atti<sup>(37)</sup>.

Un panorama che, a detta di chi scrive, si è ulteriormente confuso e aggravato con la scelta di attribuire ai Presidenti di Giunta regionale la carica di Commissario ad acta<sup>(38)</sup>, verificandosi spesso il paradosso di attribuire poteri straordinari allo stesso soggetto responsabile del deficit sanitario. Lo Stato, in tal modo, ha mostrato sì la chiara preoccupazione per l'esigenza di ripianare i disavanzi ed evitarne di futuri, ma con una certa «benevolenza» per le amministrazioni regionali uscenti<sup>(39)</sup>. Nondimeno, il risultato è stato di offuscare la reale incidenza del commissariamento regionale, poiché l'adozione di atti straordinari in capo a un soggetto comunque democraticamente legittimato sul territorio regionale ha probabilmente celato quanto le Regioni abbiano ceduto allo Stato, lasciando aperto più che altro il problema dei poteri sottratti al Consiglio regionale. L'abolizione della coincidenza tra la carica di Commissario ad acta e di Presidente della Regione, disposta dalla l. 23 dicembre 2014, n. 190, pertanto, potrebbe portare alla luce maggiormente gli effetti perversi della sostituzione commissariale, poiché a un Consiglio regionale spogliato di quasi tutti i poteri in materia sanitaria si affiancherà un Presidente «dimezzato», con un Commissario che adotterà gran parte degli atti esecutivi e regolatori, ponendosi al vertice della stessa amministrazione regionale. E se teniamo conto che la sanità costituisce la pars maior dell'attività di una Regione, forse sarà il momento in cui ci si renderà conto di come il commissariamento in sanità abbia mortificato un'autonomia regionale che sembrerà così ancor più inutile<sup>(40)</sup>.

#### Note:

(1) Per un esame della giurisprudenza costituzionale si vedano, tra gli altri, M. Belletti, *Percorsi di*



- ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza costituzionale, Roma 2012, 224 ss.; A. Brancasi, *La controversa, e soltanto parziale, continuità nella giurisprudenza costituzionale sul coordinamento finanziario*, nota a Corte cost. n. 169 del 2009, in questa Rivista 2009, 1648 ss.; Id, *La finanza regionale e locale nella giurisprudenza costituzionale sul nuovo Titolo V della Costituzione*, in *Dir. pubbl.* 2007, 857 ss.; G. Di Cosimo, *C'erano una volta le materie residuali*, in *Forum di Quaderni costituzionali*, al sito [www.forumcostituzionale.it](http://www.forumcostituzionale.it), 1 ss.; A. Iacoviello, *Il coordinamento della finanza pubblica come binario per la ricentralizzazione della legislazione e dell'amministrazione in tempi di crisi*, in questa Rivista 2013, 3524 ss.; R. Nania, *La questione del «federalismo fiscale» tra principi costituzionali ed avvio del percorso attuativo*, in *federalismi.it* 2009, 23, 4-5; L. Ronchetti, *Federalismo fiscale: il futuro della riforma e lo stato attuale della giurisprudenza costituzionale*, in *Costituzionalismo.it* 2009, 3, 1 ss.
- (2) Cfr., ex multis, le sentenze nn. 98 e 193 del 2007, 163 e 182 del 2011.
- (3) Così le sentenze nn. 36 del 2004, 35 e 417 del 2005, 399 del 2006, 52 del 2010, 163 e 182 del 2011.
- (4) Anche in tal caso la giurisprudenza è assai vasta, a partire dalla sentenza n. 376 del 2003, a cui seguono, tra le altre, le sentenze nn. 237 del 2009, 16, 52 e 326 del 2010, 122 e 229 del 2011.
- (5) Così, ad esempio, le sentenze nn. 40 e 100 del 2010. Sugli accordi in materia sanitaria e sul sistema dei «Patti per la salute» si vedano, tra gli altri, G. Carpani, *Cogestire la sanità. Accordi e intese tra Governo e regioni nell'ultimo decennio*, in F. Roversi Monaco, C. Bottari (a cura di), *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, Rimini 2012, 97 ss.; A. Cavallini Cadeddu, *Indicazioni giurisprudenziali per il coordinamento dinamico della finanza pubblica*, in *federalismi.it* 2011, 1, 11 ss.; G. Cavo, *Il contenimento della spesa sanitaria dalla regionalizzazione al d.lgs. 68/2011: un obiettivo raggiunto?*, in *La tutela della salute tra garanzie degli utenti ed esigenze di bilancio*, cit., 213 ss.
- (6) Cfr. le sentenze nn. 98 e 162 del 2007. Sul punto vedi. A.S. Di Girolamo, *Livelli essenziali e finanziamento dei servizi sanitari alla luce del principio di leale collaborazione*, in *Forum di Quaderni costituzionali* 2007, 1 ss.
- (7) Sul punto mi sia consentito rinviare a N. Viceconte, *Criticità del riparto di competenze tra Stato e regioni. La vicenda dell'educazione continua in medicina*, Bologna 2012, 42 ss.
- (8) In particolare dall'art. 1 comma 796 lett. b), l. 27 dicembre 2006, n. 296 e soprattutto dalla l. 23 dicembre 2009, n. 191.
- (9) Sulle caratteristiche dei piani di rientro vedi M.G. La Falce, *L'attività di affiancamento delle Regioni in materia socio-sanitaria: i piani di rientro*, in Balboni (a cura di), *La tutela multilivello dei diritti sociali*, Napoli 2008, 668 e ss.
- (10) Per una ricostruzione del sistema dei poteri sostitutivi ex art. 120 Cost. nella dottrina e nella giurisprudenza si vedano, senza pretesa di esaustività, C. Mainardis, *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, Milano 2007, 163 ss.; V. Tamburrini, *I poteri sostitutivi statali. Tra rispetto dell'autonomia regionale e tutela del principio unitario*, Milano 2013, 89 ss.
- (11) Sul sistema dei piani vedi M. Bellentani, L. Bugliari Armenio, *La logica dei piani di rientro e il difficile equilibrio tra autonomia e responsabilità*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna 2013, 391 ss.; G. Carpani, *I piani di rientro tra emergenze finanziarie e l'equa ed appropriata erogazione dei Lea*, in R. Balduzzi (a cura di), *La sanità italiana alla prova del federalismo fiscale*, Bologna 2012, 25 ss.; E. Jorio, *I piani di rientro del debito sanitario ed i rischi della legislazione dell'emergenza*, in *Sanità pubblica e privata* 5, 2009, 10 ss.; C. Tubertini, *Gestioni commissariali e governo del sistema: i nodi irrisolti*, in AA.VV., *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, Bologna 2011, 79 ss.; N. Viceconte, *Il finanziamento del servizio sanitario nazionale*, in R. Balduzzi, G. Carpani (a cura di) *Manuale di diritto sanitario*, cit., 371 ss.
- (12) In particolare il decreto prevedeva la progressiva dismissione dell'Ospedale Ss. Rosario" di Venafro e la sua trasformazione in residenza sanitaria assistenziale, decreto successivamente impugnato innanzi al Tar Molise. A detta del giudice remittente l'atto del Commissario avrebbe presentato un'antinomia con il piano sanitario regionale, recepito anche dalla l. reg. n. 45 del 2008, che non prevedeva la ricordata dismissione, ma una più generale opera di riordino. Sulla vicenda vedi G. Cosmelli, *Sostituzione normativa e piani di rientro dal disavanzo sanitario: torna alla Corte la quaestio dei poteri "legislativi" del commissario governativo*, in *Osservatorio AIC* 2014, 1, 1 ss.
- (13) Così, tra le tante, le sentenze nn. 79 del 2013, 91 del 2012, 77, 78, 123 e 163 del 2011, 141 e 100 del 2010.
- (14) Cfr. le sentenze nn. 91 del 2012 e 193 del 2007
- (15) Così le sentenze nn. 2 del 2010, 77 e 78 del 2011, 31 e 131 del 2012, 28 e 79 del 2013.
- (16) Vedi, in particolare, la sentenza n. 2 del 2010. La natura di organo statale trova conferma anche nella sentenza n. 219 del 2013.
- (17) In tal senso E. Griglio, *La legislazione regionale alla prova dei piani di rientro dai disavanzi sanitari: possibile la ratifica, non la conversione in legge, del piano*, in *Rivista Aic* 2012, 3, 4-5.
- (18) Così G. Fontana, *L'incostituzionalità delle interferenze regionali sui poteri commissariali del Presidente della Giunta*, in questa Rivista 2011, 1204.
- (19) Cfr. M. Belletti, *Percorsi di ricentralizzazione del regionalismo italiano nella giurisprudenza*

costituzionale, Roma 2012, 237.

(20) Come modificato dal d.l. 6 luglio 2011, n. 98, convertito in l. 15 luglio 2011, n. 111.

(21) Così R. Finocchi Ghersi, A. Tardiola, *Il federalismo istituzionale e fiscale e l'assetto di governance del Ssn*, in AA.VV. *La sanità in Italia. Organizzazione, governo, regolazione, mercato*, cit., 36.

(22) Per una ricostruzione delle posizioni dottrinarie in materia vedi, tra tutti, C. Mainardis, *Poteri sostitutivi statali e autonomia amministrativa regionale*, cit., 164 ss.

(23) Non sembra, infatti, che l'art. 120 Cost. possa consentire al legislatore ordinario la regolazione del procedimento per l'adozione di un atto avente forza di legge, la cui disciplina è interamente costituzionalizzata e fondata su specifici e autonomi presupposti. Sul punto, tra tutti, vedi A. D'Atena, *Diritto regionale*, Torino 2010, 318.

(24) Così la sentenza n. 361 del 2010. Sulla pronuncia vedi R. Dickmann, *La Corte (si chiarisce): i commissari ad acta non possono usare poteri sostitutivi in via normativa* (Nota a Corte cost., 17 dicembre 2010, n. 361), in *federalismi.it* 2011, 2, 1 ss.

(25) Sul punto vedi R. Dickmann, *Sull'esercizio del potere "legislativo" a titolo sostitutivo da parte dei Commissari ad acta*, in *federalismi.it* 2008, 14, 2 ss.

(26) Il riferimento è in particolare alla sentenza n. 2 del 2010.

(27) In tal senso M. Belletti, *Quali margini per la contestazione degli atti commissariali sostanzialmente o (addirittura) formalmente normativi da parte dei Consigli regionali? Percorribilità del conflitto interorganico a fronte della materiale impossibilità di percorrere quello soggettivamente*, in *Le Regioni* 2011, 1215 ss.

(28) Su tale linea mi pare E. Jorio, *Prime osservazioni sull'esercizio del potere legislativo da parte dei Commissari ad acta*, in *federalismi.it* 2008, 13, 1 ss.

(29) È il caso, in particolare, del Tar Calabria, Sez. I, Catanzaro, 24 gennaio 2013, n. 65.

(30) Così, ad esempio, Tar Abruzzo, L'Aquila, Sez. I, 17 maggio 2011, n. 263.

(31) Secondo cui «le funzioni amministrative di tale organo devono essere poste al riparo da ogni interferenza degli organi regionali, senza che possa essere evocato il rischio di fare di esso l'unico soggetto cui spetti di provvedere per il superamento della situazione di emergenza sanitaria in ambito regionale» (sentenze nn. 77 e 78 del 2011, 31 e 131 del 2012, 28 e 79 del 2013).

(32) E non è un caso che i Consigli regionali, al fine di continuare a legiferare in materia sanitaria, inseriscano sovente nei testi di legge clausole di salvaguardia dei poteri commissariali, limitando l'operatività delle stesse leggi in vigenza del commissariamento, sino ai casi più estremi, come per la legge della Regione Calabria n. 6 del 2013, che ha esplicitamente riconosciuto natura cedevole a norme di legge nei confronti di futuri atti commissariali incompatibili.

(33) Così M. Belletti, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima, commissariamenti e centralizzazione delle decisioni*, in *Le Regioni*, 2011, 511.

(34) Per cui, tra i tanti, vedi A. D'Atena, *L'allocazione delle funzioni amministrative in una sentenza ortopedica della Corte costituzionale*, in questa Rivista, 2003, 2776 ss.; A. Anzon, *Flessibilità dell'ordine delle competenze legislative e collaborazione tra Stato e Regioni*, ibidem, 2782 ss.; A. Moscarini, *Sussidiarietà e Supremacy clause sono davvero perfettamente equivalenti*, ibidem, 2791 ss.; S. Bartole, *Collaborazione e sussidiarietà nel nuovo ordine regionale*, in *Le Regioni* 2004, 3, 578 ss.; L. Violini, *I confini della sussidiarietà: potestà legislativa concorrente, leale collaborazione e strict scrutiny*, ibidem, 3, 587 ss.; F. Benelli, *La «smaterializzazione» delle materie*, Milano 2006, 102 ss.

(35) Per tale ricostruzione vedi R. Dickmann, *Competenza e regime giuridico dai provvedimenti adottati nell'esercizio dei poteri sostitutivi e di ordinanza del Governo*, in *Foro. amm. - Cons. Stato* 2008, 2549 ss.; Id., *Il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa?* (Nota a Corte cost., 14 gennaio 2010, n., 2, in *federalismi.it* 2010, 3, 12 ss.

(36) In tal senso mi pare M. Belletti, *Poteri statali di garanzia e decisione ultima*, cit., 524-525.

(37) Come osserva R. Dickmann, *Il Commissario ad acta può esercitare il potere sostitutivo in via normativa*, cit., 8, ci si trova davanti a un "commissario ad functionem" «i cui poteri sono individuati in rapporto all'obiettivo di sanare il disavanzo sanitario della regione interessata all'asserito scopo di garantire i livelli essenziali delle prestazioni in materia sanitaria».

(38) Sulle perplessità di tale previsione si vedano, tra gli altri, R. Balduzzi, F. Moirano, *Il Patto per la salute e il ruolo dell'Agenas*, in *Monitor* 2010, n. 25, 5; G. Carpani, *Il Patto per la salute 2010-2012; questioni "vecchie" e modalità "nuove" di governo condiviso e responsabile del servizio sanitario*, in *Amministrazione in cammino* (29 novembre 2009), al sito [www.amministrazioneincammino.luiss.it](http://www.amministrazioneincammino.luiss.it); C. Pinelli, *In tema di scioglimento e rimozione degli organi regionali*, in questa Rivista 2013, 4, 3149.

(39) Vedi sempre E. Jorio, *Federalismo fiscale*, cit., 7.

(40) In tal senso devono condividersi le preoccupazioni espresse da C. Pinelli, *In tema di scioglimento e rimozione*, cit., 3150.

## Osservazioni

1. Si segnala, in ordine ai contenuti della relazione tecnico – finanziaria, che la Corte Costituzionale ha avuto modo di pronunciarsi ripetutamente in ordine agli obblighi di copertura finanziaria delle leggi (anche regionali), dando così contenuto a quel compito di tutela e salvaguardia degli equilibri di finanza pubblica fissato dall'art. 81 della Cost.

Alle novità costituzionali si aggiungono le azioni di riforma operate nell'ambito dell'ordinamento della finanza pubblica che dovrebbero consentire di approntare maggiori strumenti di controllo e monitoraggio degli oneri finanziari collegati agli interventi legislativi, introducendo, nell'ottica di definire il giusto bilanciamento tra spese ed entrate, una nuova impostazione nella legislazione contabile, orientata non solo al rispetto della semplice legittimità formale, ma in misura sempre maggiore a criteri di sana gestione finanziaria e contabile e di corretto utilizzo delle risorse pubbliche.

Al riguardo la Corte Costituzionale ha, nelle sue reiterate pronunce in materia, sgomberato il campo da alcuni dubbi pregiudiziali e riaffermato una serie di principi e norme inderogabili sul piano dell'ordinamento contabile:

- a) *equilibrio di bilancio, già desumibile dal testo vigente dell'art. 81, quarto comma Cost., principio che opera direttamente prescindendo dall'esistenza di norme interposte;*
- b) *principio esteso alle norme regionali, incluse quelle delle regioni e province ad autonomia differenziata (principio ribadito dalla Corte in numerose sentenze a partire dal 1961);*
- c) *le disposizioni della legge 196/2009, in particolare l'art. 17 in materia di copertura delle leggi di spesa, costituiscono regole specifiche del principio di equilibrio del bilancio e trovano applicazione anche per le leggi regionali;*
- d) *la disciplina di cui al citato art. 17 non comporta un'innovazione al principio della copertura, bensì una semplice puntualizzazione tecnica ispirata dalla crescente complessità della finanza pubblica;*
- e) *le leggi che istituiscono nuove spese devono contenere un'espressa indicazione del relativo mezzo di copertura;*
- f) *tale copertura deve essere credibile, sufficientemente sicura, non arbitraria o irrazionale;*
- g) *la copertura di nuove spese deve, inoltre, essere ancorata a criteri di prudenza, affidabilità e appropriatezza "in adeguato rapporto con la spesa che si intende effettuare";*
- h) *solo per le spese continuative ricorrenti è consentita, per le Regioni, l'individuazione dei relativi mezzi di copertura al momento della redazione e dell'approvazione del bilancio annuale, in coerenza con quanto previsto dall'art. 3, comma 1 del d.lgs. 76/2000;*
- i) *la copertura deve essere sempre valutata ex ante e deve essere credibile e ragionevolmente argomentata secondo le regole dell'esperienza e della pratica contabile;*

- j) non può essere consentita la cd. copertura ex post, in quanto non corrisponde all'affermata congruità delle risorse impiegate per la specifica finalità dell'equilibrio;
- k) la tecnica di copertura esige un'analitica quantificazione a dimostrazione della sua idoneità;
- l) la declaratoria di assenza di onere non vale di per sé a dimostrare il rispetto dell'obbligo di copertura, dato che non si può assumere che, mancando nella legge ogni riferimento alla cosiddetta copertura, cioè dei mezzi per far fronte alla nuova o maggiore spesa, si debba per questo solo fatto presumere che la legge non implichi nessun nuovo maggiore onere: la mancanza o l'esistenza di effetti finanziari si desume dall'effetto della legge e dal suo contenuto;
- m) l'art. 24 comma 1 della l. 196/2009 stabilisce che il principio di unità del bilancio, insieme a quelli di integrità e di universalità, costituisce profilo attuativo, o meglio specificativo, dell'art. 81 Cost..

Pertanto è da ritenere in contrasto con detto parametro costituzionale la disposizione che dovesse istituire un vincolo di destinazione tra un'entrata di natura corrente ed una maggiore spesa afferente all'esercizio di competenza.

Il principio della previa copertura della spesa in sede legislativa è inderogabile e l'individuazione dei relativi mezzi non può essere demandata agli organi di gestione in sede diversa e in un momento successivo da quello indefettibilmente previsto dall' art. 81 Cost

La relazione tecnica assume, pertanto, non solo un rilievo illustrativo, bensì dimostrativo del rispetto, da parte del nuovo provvedimento legislativo, del parametro costituzionale sulla copertura finanziaria degli oneri. La verifica della sussistenza della copertura finanziaria delle leggi di spesa regionali, estrinsecata per mezzo della relazione tecnica, deve necessariamente transitare attraverso tre distinte fasi di accertamento concernenti:

- 1) la morfologia giuridica degli oneri finanziari (richiamo alle tipologie di spese previste dall'art. 21, commi 5 ss. l. 196/2009);
- 2) la loro quantificazione;
- 3) l'individuazione delle risorse necessarie per garantire loro copertura finanziaria.

La relazione tecnica deve fornire tutti i dati e gli elementi necessari per una verifica della quantificazione e dell'adeguatezza della copertura in considerazione dei vincoli rappresentati dalle risorse a disposizione, avviando il procedimento di quantificazione e copertura degli oneri connessi alle nuove proposte di legge.

La relazione tecnica diventa lo strumento principale di nuovo tale metodo, attraverso l'indicazione degli obiettivi che la/il proposta/disegno di legge intende raggiungere, evidenziando le finalità a cui deve mirare l'intervento legislativo e che, attraverso la loro definizione è possibile verificare ex post, per una buona riuscita dell'azione normativa. La relazione tecnica, infatti, consente di precisare la quantità di risorse necessarie al raggiungimento degli



*obiettivi, le modalità e quindi l'impiego delle medesime con riferimento alle fonti finanziarie utilizzate.*

- 2. Si ripropongono alla Commissione, inoltre, perché afferenti a questioni analoghe, le osservazioni già espresse dalla U.D. Studi Legislativi e Servizio Documentazione in ordine alle valutazioni manifestate dal Ministero della Salute (datata 09/11/2017) e dal M.E.F. (datata 14/11/2017) relativamente alla l.r. 28 settembre 2017, n. 26 "Organizzazione dei servizi a favore delle persone in età evolutiva con disturbi del neurosviluppo e patologie neuropsichiatriche e delle persone con disturbi dello spettro autistico" nonché del solo Ministero dell' Economia e delle Finanze in ordine alla l.r. 9 ottobre 2017, n. 30 ad oggetto "Interventi di lotta al tabagismo per la tutela della salute". Dette considerazioni sono contenute, infine, anche nel dossier legislativo relativo alla proposta di legge "Organizzazione delle attività di Medicina della Riproduzione e Procreazione Medicalmente Assistita (PMA) in regione Campania", reg.gen.n.404.*

*Le osservazioni del Ministero della Salute e del M.E.F. giungono alla conclusione che le norme contenute nelle richiamate leggi regionali n. 26/2017 e n. 30/2017 "si pongono in contrasto con l'art.2, co.80, della Legge 23 dicembre n.2009, n.191 e violano gli art.117 e 120 della Costituzione", sull'assunto del contrasto che le norme de quibus, "hanno con l'attività e le funzioni del Commissario ad Acta per la prosecuzione del Piano di rientro del settore sanitario (Delibera del Consiglio dei Ministri del 23.04.2010). Infatti le norme valutate dagli Uffici ministeriali si collocano in conflitto con la lettera b), punto XXV del mandato commissariale, contenuti nella delibera CDM del 10 luglio 2017, che attribuisce al Commissario le competenze in materia di riorganizzazione e potenziamento delle attività in tutta la Regione Campania".*

*Da una ricerca giurisprudenziale riportata nel presente dossier sotto la voce Giurisprudenza, sono emersi pronunciamenti (Corte Costituzionale, Consiglio di stato, TAR) che orientano la scrivente U.D. a segnalare che la P.d.L. in esame troverà con ogni probabilità, da parte del Governo, impugnativa per questioni di legittimità costituzionale. Pertanto si dovrebbe valutare l'opportunità di sospendere l'esame in Commissione.*

*In ogni caso si rassegnano, nelle superiori considerazioni, le valutazioni espresse nello spirito di fattiva collaborazione istituzionale.*