Consiglio regionale della Campania

Relazione Illustrativa

Signori Consiglieri,

la presente proposta di legge muove dalla constatazione di un divario nella medicina di prevenzione: la salute sessuale e riproduttiva maschile non è presidiata da percorsi strutturati di informazione e di diagnosi precoce paragonabili a quelli di cui dispone, fin dall'adolescenza, la salute riproduttiva femminile attraverso la rete dei consultori e i programmi di screening. Il giovane uomo incontra di rado lo specialista andrologo prima della comparsa di un sintomo o di una difficoltà procreativa, quando alcune condizioni hanno ormai inciso sulla funzione testicolare.

A questo divario ha contribuito la sospensione del servizio obbligatorio di leva, disposta con la legge 23 agosto 2004, n. 226 con effetto dal 1° gennaio 2005, che ha fatto venir meno l'unico accertamento sanitario generalizzato rivolto ai giovani maschi, nel cui ambito potevano emergere condizioni quali il varicocele, il criptorchidismo, le patologie testicolari o le infezioni silenti. Non si tratta di rimpiangere uno strumento che aveva finalità diverse, ma di prendere atto che l'occasione di contatto con il sistema sanitario non è stata sostituita.

I dati disponibili dimostrano la rilevanza del tema. Le stime correnti collocano tra il 15 e il 20 per cento la quota di coppie che incontrano difficoltà a procreare e indicano il fattore maschile come coinvolto, da solo o in associazione al fattore femminile, in circa la metà dei casi. Il tumore del testicolo è la neoplasia più frequente nei giovani adulti di sesso maschile e ha una prognosi favorevole se riconosciuta e trattata tempestivamente. Condizioni come il varicocele o gli esiti di infezioni sessualmente trasmesse, se riconosciute in età giovanile, possono essere seguite e, quando necessario, trattate; le abitudini di vita (fumo, alcol, sostanze, sovrappeso, sedentarietà, uso di anabolizzanti) incidono sulla qualità del liquido seminale e sono in larga parte modificabili.

Impostazione della proposta

La proposta si articola in cinque ambiti di intervento, nel rispetto della competenza concorrente della Regione in materia di tutela della salute e dei livelli essenziali di assistenza determinati dallo Stato:

a) **Informazione ed educazione alla salute** (Capo II, artt. 4 e 5): campagne annuali rivolte agli studenti delle scuole secondarie e ai giovani adulti, realizzate d'intesa con l'Ufficio scolastico regionale, nel rispetto della disciplina statale sul consenso informato per le attività scolastiche in materia di sessualità e affettività, e formazione dei professionisti.

b) **Diagnosi precoce** (Capo III, artt. 6 e 7): un percorso gratuito e volontario per i maschi tra i 14 e i 21 anni, articolato in due livelli (visita andrologica per tutti; ecografia scrotale e spermiogramma su indicazione clinica), con una disciplina espressa del consenso dei minori e della protezione dei dati. La scelta di un percorso graduato, e non di un esame di massa uguale per tutti, risponde a ragioni di appropriatezza: per il tumore del testicolo in soggetti asintomatici lo US Preventive Services Task Force (2011) sconsiglia lo screening, e il percorso proposto si colloca perciò nella logica della diagnosi precoce e dell'informazione, non in quella dello screening di massa; ecografia e spermiogramma sono riservati ai casi in cui il giudizio clinico li ritenga appropriati.

c) **Preservazione della fertilità** (Capo IV, artt. 8–10): il diritto dei pazienti oncologici a conservare i propri gameti prima di terapie potenzialmente gonadotossiche, configurato come prestazione garantita, in coerenza con l'Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni sulla tutela della fertilità nei pazienti oncologici; requisiti ulteriori per i centri; vigilanza, controlli e sanzioni proporzionate, con garanzia di continuità della conservazione dei campioni.

d) **Equità, partecipazione e innovazione** (Capo V, artt. 11–13): riserva di risorse per le aree interne, con unità mobili, teleconsulto e trasporti protetti; coinvolgimento del Terzo settore e delle associazioni dei pazienti; piena integrazione dei dati nella piattaforma regionale «Sinfonia» e nel Fascicolo sanitario elettronico.

e) **Valutazione e sostenibilità** (Capo VI, artt. 14–17): relazione annuale alla Commissione consiliare competente, valutazione di impatto a tre anni, norma finanziaria coperta per il triennio 2026-2028 del bilancio vigente e rinviata alle leggi di bilancio per gli esercizi successivi, limite massimo di spesa con quota riservata alle prestazioni garantite e clausola di salvaguardia con monitoraggio trimestrale degli oneri.

Precedenti e compatibilità

La materia è già stata affrontata dalla Regione Lazio con la legge regionale 25 novembre 2019, n. 25 («Disposizioni in materia di tutela della salute sessuale e della fertilità maschile»). Quella legge fu impugnata dal Governo, non per il merito delle misure ma perché introduceva una nuova spesa non prevista dal programma operativo che disciplinava allora il rientro dal disavanzo sanitario della Regione; il giudizio si è concluso con l'estinzione per rinuncia al ricorso (Corte costituzionale, ordinanza n. 12 del 2021), dopo che la Regione aveva subordinato gli oneri alle previsioni del piano di rientro. La presente proposta ne trae le conseguenze: gli oneri sono quantificati, coperti sul bilancio vigente e limitati da un tetto annuale, con una quota riservata alle prestazioni garantite (art. 15); gli scostamenti tra oneri stimati ed effettivi sono monitorati ogni trimestre e contenuti con la rimodulazione del Programma, senza rinvii generici a coperture future (art. 16); la compatibilità con eventuali vincoli di rientro è espressamente garantita (art. 16); gli interventi sono configurati come ulteriori rispetto ai LEA, con divieto di duplicazione di spesa per quanto già garantito dal Servizio sanitario nazionale (art. 1, comma 3).

Quanto alla preservazione della fertilità, la proposta fa riferimento all'Accordo Stato-Regioni «Tutela della fertilità nei pazienti oncologici», che prevede banche di conservazione presso strutture pubbliche o convenzionate con esperienza e volumi minimi, percorsi dedicati con presa in carico tempestiva e conservazione senza scadenza temporale, e la valorizza senza sovrapporsi alla competenza statale sulle tecniche di procreazione medicalmente assistita (legge 19 febbraio 2004, n. 40) e sulla disciplina di cellule e tessuti (decreti legislativi n. 191 del 2007 e n. 16 del 2010; regolamento (UE) 2024/1938, applicabile dal 7 agosto 2027). I requisiti regionali sono configurati come requisiti ulteriori ai fini dell'accreditamento e dell'accordo con il Servizio sanitario regionale (art. 8-quater e 8-quinquies del decreto legislativo n. 502 del 1992), aggiornabili con deliberazione della Giunta. Per le sanzioni amministrative, poiché l'organizzazione dei servizi sanitari e il controllo sulle strutture private accreditate rientrano nella potestà concorrente della Regione Campania (art. 117, terzo comma, Cost.), la Regione ha la piena facoltà di sanzionare amministrativamente i centri che violano le regole regionali di accreditamento.

Illustrazione degli articoli

Art. 1 – Indica finalità e obiettivi, richiama il riparto di competenze e precisa che gli interventi sono ulteriori rispetto ai LEA e finanziati nei limiti dell'art. 15, fermo restando il regime delle prestazioni garantite. L'obiettivo di colmare il divario lasciato dalla sospensione della leva è mantenuto.

Art. 2 – Introduce le definizioni essenziali.

Art. 3 – Affida alla Giunta, entro centoventi giorni, il Programma triennale di prevenzione andrologica (con avvio sperimentale in almeno tre ASL e successiva estensione, e con l'individuazione della quota annuale riservata alle prestazioni garantite) e istituisce il Tavolo tecnico, a titolo gratuito.

Art. 4 – Disciplina le campagne annuali e il loro raccordo con le scuole; richiama il Rapporto ISTISAN 23/22 dell'Istituto superiore di sanità sull'educazione alla sessualità nelle scuole come riferimento metodologico.

Art. 5 – Prevede la formazione ECM dei professionisti.

Art. 6 – Istituisce il percorso di diagnosi precoce a due livelli, con accesso a una prima visita gratuita, una sola volta tra i 14 e i 21 anni, secondo le priorità del Programma e nei limiti delle risorse; le visite di controllo e le prestazioni di secondo livello disposte dallo specialista sono prestazioni garantite. Prevede inoltre l'esenzione dalla partecipazione alla spesa e l'invito attivo.

Art. 7 – Regola consenso informato dei minori, base giuridica e garanzie del trattamento dei dati sanitari, e divieto di comunicazione degli esiti alle scuole.

Art. 8 – Garantisce ai pazienti oncologici l'accesso gratuito e prioritario alla crioconservazione del seme, con presa in carico di norma entro settantadue ore dalla segnalazione e conservazione gratuita per almeno dieci anni. La preservazione della fertilità è prestazione garantita (art. 15, comma 6).

Art. 9 – Individua i centri regionali di riferimento e fissa i requisiti ulteriori (strutturali, tecnologici, organizzativi) in aggiunta a quelli statali e alla D.G.R.C. n. 269 del 2023, con clausola di adeguamento al diritto dell'Unione.

Art. 10 – Disciplina controlli ordinari e straordinari, diffida, sospensione cautelare motivata, revoca, sanzione amministrativa da 10.000 a 50.000 euro a presidio delle regole regionali di accreditamento, nell'esercizio della potestà concorrente in materia di tutela della salute (art. 117, terzo comma, Cost.), e continuità di conservazione dei campioni con rispetto delle scelte dell'interessato. I proventi delle sanzioni non concorrono alla copertura degli oneri.

Art. 11 – Riserva il 30 per cento delle risorse del percorso di diagnosi precoce alle aree interne e ne indica gli strumenti (unità mobili, telemedicina, trasporti).

Art. 12 – Valorizza il Terzo settore secondo gli artt. 55 e 56 del Codice del Terzo settore.

Art. 13 – Integra i flussi nella piattaforma «Sinfonia» e nel FSE e definisce i codici di esenzione e di tracciabilità.

Art. 14 – Clausola valutativa: relazione annuale, con il confronto tra oneri stimati, oneri effettivi e stanziamenti, e valutazione di impatto a tre anni.

Art. 15 – Norma finanziaria, riscritta in funzione del bilancio di previsione 2026-2028 (L.R. 27 marzo 2026, n. 3, assestato con L.R. 30 luglio 2026, n. 6). Autorizza distintamente la spesa corrente (Missione

13, Programma 02, Titolo 1: 1.300.000 euro per il 2026, 1.900.000 euro per il 2027 e 2.000.000 di euro per il 2028) e la spesa in conto capitale per l'adeguamento tecnologico dei centri di riferimento (Missione 13, Programma 05, Titolo 2: 200.000 euro per il 2026 e 100.000 euro per il 2027), per complessivi 1.500.000 euro nel 2026 e 2.000.000 di euro in ciascuno degli anni 2027 e 2028, con copertura sulle risorse della Missione 20, Programma 03. Richiama la competenza finanziaria potenziata, esclude impegni di spesa al di fuori del triennio e rinvia alle leggi di bilancio per gli esercizi successivi al 2028 (art. 38 del decreto legislativo n. 118 del 2011); stabilisce il limite massimo di spesa con una quota riservata alle prestazioni garantite e prevede la verifica della classificazione economica degli investimenti immateriali dell'art. 13.

Artt. 16 e 17 – Clausola di salvaguardia, con monitoraggio trimestrale degli oneri, rimodulazione del Programma in caso di scostamento, divieto di impegni oltre gli stanziamenti e legge di copertura per i maggiori oneri delle prestazioni garantite (art. 16); entrata in vigore (art. 17).

Sotto il profilo finanziario si rinvia alla relazione tecnico-finanziaria, che stima anche gli oneri degli esercizi successivi al 2028, rimessi alle leggi di bilancio. Gli interventi qui previsti non producono risparmi nel breve periodo, ma rispondono a un obiettivo di salute pubblica: individuare per tempo ciò che può essere curato, ridurre le disuguaglianze di accesso e preservare la possibilità di avere figli a chi si ammala in giovane età. Si confida in una rapida e condivisa approvazione.