



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

RASSEGNA STAMPA

13 Novembre 2023

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia



Medici sul piede di guerra

Taglio delle pensioni, dal Cimo la conferma: “Lo sciopero nazionale si farà”

Il taglio riguarda i contributi versati tra il 1981 e il 1995, colpisce 50mila medici. Il segretario regionale CIMO Giuseppe Bonsignore: "Non torniamo indietro"

13 Novembre 2023 - di [Caterina Ganci](#)

I sindacati Cimo e Anaaò si preparano allo sciopero proclamato per il 5 dicembre, nonostante il governo potrebbe fare marcia indietro sul taglio alle pensioni di medici e altri dipendenti pubblici. «Lo sciopero nazionale, proclamato insieme ad Anaaò, si farà – afferma **Giuseppe Bonsignore**, segretario regionale Cimo – nonostante le dichiarazioni del ministro che è disposto a ricevere i rappresentanti nazionali dei sindacati. Il sottosegretario al Ministero del Lavoro, Claudio Durigon, ha detto che sarà espunta la manovra ma non ci crediamo. Quindi lo sciopero non sarà revocato fino a quando non sapremo con certezza da parte del governo che questo art.33 che taglia retroattivamente le pensioni sarà revocato. Se non arrivano risposte ci saranno anche altre iniziative. Non è un'azione simbolica ma è una battaglia che porteremo avanti per salvaguardare i diritti della categoria che tuteliamo».

Il taglio, in particolare i contributi versati tra il 1981 e il 1995, colpisce 50mila medici. «Il danno è molto grave – prosegue – perché il cambio di carte in tavola implica un taglio netto alla



Civico Di Cristina Benfratelli
Azienda di Rilevo Nazionale ad Alta Specializzazione



Regione Siciliana
Assessorato della Salute

Centro Regionale Trapianti
Sicilia

futura pensione che potrebbe essere anche di 700-800 euro al mese, dipende dall'anzianità. La cosa più grave – aggiunge – è che il governo adotta questo tipo di provvedimento che potrebbe essere anche incostituzionale, così come ha dichiarato Durigon. Diritti acquisiti da oltre vent'anni che vorrebbero strappare. Una situazione che mette a rischio il sistema sanitario perché se non dovessero cambiare la norma molti medici potrebbero dimettersi entro il 31 dicembre. La manovra – commenta – potrebbe spingere circa 3mila medici, oltre i 29mila pronti al pensionamento, a uscire subito per non perdere i diritti acquisiti e subire il taglio. Non si possono cancellare con un colpo di spugna i diritti acquisiti. Una situazione drammatica per un sistema sanitario già in difficoltà. Significherebbe smantellare una sanità pubblica. Siamo nella fase della famosa gobba pensionistica, era già previsto che dal 2023 - 2027 ci sarebbero stati i pensionamenti maggiori rispetto a tutto il decennio. Una situazione che non ci aspettavamo – conclude – e che sindacalmente non possiamo accettare».

**LA SANITÀ
A DUE VELOCITÀ**

I dati Istat dicono che la speranza di vita degli italiani è legata al reddito **Maurizio Ricci** ● pag. 18

UNA SANITÀ A DUE VELOCITÀ PER CHI SE LO PUÒ PERMETTERE LA MORTE È PIÙ LONTANA

Maurizio Ricci

I dati dell'Istat dicono che la speranza di vita è chiaramente legata al reddito. Un atto di accusa inconfutabile e una vera e propria emergenza sociale, collocata alla frontiera più estrema della disuguaglianza

Può darsi che, come si è avventurato a dire il ministro dell'Agricoltura, Francesco Lollobrigida, i poveri mangino meglio dei ricchi. Però, crepano prima. E non è frutto del Caso: il dibattito sulla sanità pubblica dovrebbe partire da qui. L'Istat infatti ha, per la prima volta, incrociato i dati sulla mortalità con le condizioni sanitarie e sociali dei defunti e il quadro dell'Italia che ne risulta è inequivocabile. "Studia, ragazzo, camperai più a lungo" verrebbe da dire scorrendo i dati sulle morti per malattia fra gli italiani over 30. Ne risulta, infatti, che gli adulti che non hanno studiato al di là delle elementari sono solo un quinto della popolazione, ma, nel 2019, rappresentavano i tre quinti dei decessi. Per dirla in un altro modo, nel 2019 (prima della pandemia) si contava un morto ogni 23 persone fra gli adulti con la licenza elementare: il 4,3% del totale di quegli adulti. E fra i laureati? Un decesso ogni 201, ovvero lo 0,5%. Brutalmente: se vi siete fermati alle elementari, avete dieci volte più probabilità di morire per malattia di un laureato.

Il dato, in realtà, qui si ingarbuglia, perché - fa notare un economista, Raffaele Lungarella - si muore più facilmente da vecchi, ma chi è nato 70-80 anni fa ha avuto meno opportunità di studiare di chi è venuto dopo ed è, quindi, più probabile abbia solo la licenza elementare. Ecco perché l'Istat ha calcolato un tasso standardizzato di mortalità, che appiana queste conseguenze della lenta evoluzione sociale. Cosa ne viene fuori? In Italia, nel 2019, si sono stati 122,3 decessi ogni 10 mila abitanti.

Ma il tasso standardizzato di mortalità (a prescindere, dunque, dall'incidenza dell'età sulla scolarizzazione) è di 135 su 10 mila fra chi ha la licenza elementare e un più rassicurante 104,4 per i laureati.

Naturalmente, non è che il titolo di studio attaccato al muro tenga lontane le malattie. Il punto è che il livello di istruzione è la spia più comune del livello di reddito. E se è vero che non tutti i ricchi sono laureati, (quasi) tutti i laureati ultratrentenni sono (relativamente) ricchi. I dati dell'Istat ci dicono, cioè, che la speranza di vita è direttamente - e vistosamente - legata al reddito. Un esito non facilmente spiegabile in un Paese con il diritto universale, e gratuito, alla salute.

In effetti, la ricerca dell'Istat pone il dibattito, anche recente, nel quadro della Finanziaria 2024, sui finanziamenti destinati alla sanità pubblica, in una luce cruda. La manovra destina 3 miliardi di euro in più alla sanità, poco più che sufficienti appena a rinnovare i contratti di medici e infermieri e la spesa rimane piatta nei due anni successivi. Quindi,



continuiamo a spendere, per la sanità pubblica, 12 miliardi di euro l'anno (un po' meno del 10%) in meno della media europea. Metà dell'investimento della Germania. Ma cosa vuol dire tenere la spesa per la sanità pubblica inchiodata al 6% del Pil, con un esborso pro capite che è inferiore anche alla media dell'Ocse, una organizzazione in cui, per dire, c'è anche il Messico?

Guardiamo alle cause più comuni di morte per malattia. Un terzo dei decessi, registra l'Istat, è conseguenza di difficoltà del sistema cardiovascolare. Appena meno (il 30%) si deve ai tumori. Infine il 10% a insufficienze

respiratorie. Per ognuna di queste cause, la classifica dei decessi vede in testa chi ha la licenza elementare e in coda chi ha la laurea. La spiegazione è semplice. Cuore, tumori, polmoni. Le malattie più letali sono proprio quelle in cui la differenza decisiva la fanno la prevenzione, la diagnosi precoce, le terapie tempestive. Nel mondo della sanità pubblica, della carenza di medici e infermieri, di liste

di attesa interminabili, con Tac e risonanze

magnetiche programmate a distanza di otto mesi, la morte è, letteralmente, dietro l'angolo. Nel mondo della sanità privata, per chi può pagare, l'ecografia è la settimana prossima. È il boom degli ospedali privati, raddoppiati nel giro di dieci anni, ormai la metà del totale.

Il 60% delle visite specialistiche avviene al di fuori delle strutture pubbliche. Ovvero, a pagamento. Infatti, ancora l'Istat certifica che una percentuale altissima, il 7%, degli italiani rinuncia a prestazioni specialistiche di cui, pure, pensa di aver bisogno, o per via delle liste di attesa o per motivi economici. Ma questa percentuale arriva all'11,6% per le persone meno agiate, cioè più di una su dieci. Mentre si ferma al 4,7% - meno di una su venti - per chi ha risorse economiche adeguate.

È una sanità, insomma, a due velocità. Per chi se lo può permettere, la morte è più lontana. Ne avevamo l'impressione. Ora non è più solo una impressione: i dati dell'Istat documentano un atto di accusa inconfutabile e una vera e propria emergenza sociale, collocata alla frontiera più estrema della disuguaglianza, quella fra la vita e la morte.



L'OPINIONE

In Italia, nel 2019, ci sono stati 122,3 decessi ogni 10 mila abitanti. Ma il tasso di mortalità è di 135 su 10 mila fra chi ha la licenza elementare e un più rassicurante 104,4 per i laureati



I LUPI e gli AGNELLI che si divorano la nostra SANITÀ

Mentre la politica toglieva soldi alle strutture pubbliche, big come Elkann e De Benedetti allargavano la loro presenza nel settore

di **LAURA DELLA PASQUA**

■ La sanità pubblica è in palese difficoltà, è sotto gli occhi di tutti. Tagli sconsiderati nel corso degli ultimi anni, a cominciare dal dl 6 luglio 2012, n. 95 (cosiddetto Spending review) e l'avvio dei piani di rientro ad opera delle Regioni in squilibrio finanziario, con drastici ridimensionamenti dei posti letto, poi scuole di specializzazione insufficienti al fabbisogno e giovani medici che fuggono dagli ospedali preferendo l'attività privata o le opportunità oltre confine.

E lì dove il pubblico arretra, inevitabilmente il privato avanzata attirato dalla prospettive di una popolazione sempre più anziana, quindi bisognosa di cure. Gli italiani spendono fra i 35 ed i 40 miliardi ogni anno per spese sanitarie. Secondo l'Osservatorio sanità di Unisalute (gruppo Unipol) il 30% possiede una polizza sanitaria, collettiva (cioè prevista dal contratto di lavoro) o individuale. Del resto (la fonte è Agenas) in due grandi aree di intervento - quella cardiovascolare e

quella dei tumori maligni - il termine dei 30 giorni per l'erogazione della prestazione non è quasi mai rispettato in nessuna Regione. La compagnia del gruppo Unipol in soli tre anni ha portato i propri clienti da 8,6 milioni a 11 milioni, per una raccolta pari a 519 milioni. In crescita anche un altro colosso delle assicurazioni, Intesa Sanpaolo Assicura Rbm salute, che ormai controlla una quota di mercato pari al 15%, con 400 milioni di raccolta.

Mentre la spesa sanitaria pubblica rallentava (tra il 1999 e il 2020 l'Italia ha segnato il minor tasso di crescita +2,1%), si facevano largo grossi gruppi industriali con acquisizioni, mega ospedali super tecnologici, case di riposo per anziani, strutture di diagnostica.

Non è un caso che nel settore si sia tuffata anche Exor, la holding di casa **Agnelli**. Un'operazione portata avanti contestualmente ad un'azione di ridimensionamento della presenza in Italia nel settore auto. Da una parte il gruppo taglia, falcidiando posti di la-

voro nelle fabbriche storiche del nostro Paese, (oltre 2.000 sono a rischio quest'anno e non è finita qui), dall'altra si getta a capofitto in un comparto dove il rischio d'impresa è minimo, grazie alle convenzioni pubbliche e l'alto guadagno è assicurato. L'invecchiamento della popolazione e il conseguente aumento della domanda di cure mediche, fanno della sanità il settore del futuro. Mentre sull'auto si fa sentire la concorrenza della Cina che nel giro di pochi anni dominerà il mercato, perché in grado di fornire prodotti a prezzi più competitivi e con alta tecnologia, sulla sanità il disimpegno progressivo del pubblico, apre infinite praterie di business. Dal 2021, il Gruppo ha tagliato oltre 7.000 posti nelle



VERITÀ

aziende italiane dell'auto. Cassino, Mirafiori, Enti Centrali, Pratola Serra, Termoli e Cento, non rappresentano più un bene industriale da tutelare. Meglio investire nelle cliniche.

Nel giro di un paio di anni ha realizzato una serie di acquisizioni di peso. Ad agosto ha inglobato il 15% di Philips, multinazionale che un tempo operava nell'elettronica di consumo e ora leader mondiale nella tecnologia per la salute, con un'operazione da circa 2,6 miliardi di euro. Lo scorso anno Exor ha messo a segno altre importanti operazioni. In estate un investimento da 833 milioni per rilevare il 10% dell'Istituto Mérieux, preceduto in aprile, dall'acquisizione del 44,7% di Lifenet Healthcare attraverso un aumento di capitale riservato da 67 milioni. La società è guidata da **Nicola Bedin** che, dal 2005 al 2017, è stato a capo del gruppo ospedaliero San Donato, gigante leader della sanità privata italiana e titolare dell'ospedale San Raffaele di Milano. Nel 2018 però **Bedin** ha lasciato la carica di ad del San Donato per fondare l'azienda specializzata in servizi ospedalieri nella quale è entrata Exor. Si tratta di una holding con oltre 1.500 dipendenti e che gestisce una decina di strutture, tra ospedali e grandi ambulatori, in Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna e Lazio. E proprio in quest'ultima regione l'attivismo è elevato. Nel gennaio scorso Lifenet ha perfezionato l'acquisizione della Casa di Cura Città di Aprilia, un ospedale privato accreditato con il Servizio sanitario nazionale, dotato di un Pronto Soccorso che conta circa 30.000 accessi all'anno. Un gioiello che si aggiunge all'Ospedale Regina Apostolorum di Albano Laziale già tra le proprietà del gruppo guidato da **Bedin** e acquisito nel 2021, accreditato con il Ssn con circa 200 posti.

John Elkann, ceo di Exor, è stato chiaro su quella che è la direzione di marcia. In una lettera agli investitori ha detto che quello della sanità «è un settore che continuerà a crescere nei prossimi decenni, per rispondere alle esigenze di una popolazione globale che diventa sempre più anziana». Quindi è qui che bisogna puntare.

Nella sanità privata si muovono altri big. Nell'indagine sulla filiera della salute realizzata dall'Area Studi di Mediobanca, troviamo il gruppo Villa Maria, oggi Gvm Care & Research, degli imprenditori Sansavini di Ravenna. Ad esso fanno capo 29 ospedali, 4 poliambulatori, 2 Rsa e 1 Ra in Italia e 14 Centri clinici anche all'estero. Spicca nella top ten il gruppo Garofalo Healthcare, con 280 milioni di fatturato.

Nel report di Mediobanca si stima per il 2022, una crescita del giro d'affari, a livello aggregato dei maggiori operatori sanitari privati, del 4% sul 2021. Le strutture private erano il 30% nel 1997 e ora sono il 57%. Rispetto al 2010 c'è stata una crescita di 2.898 unità.

I **De Benedetti** e gli **Angelucci** hanno preferito puntare sulle residenze per anziani. Un business interessante dal momento che lo Stato contribuisce a coprire i costi sanitari delle degenze e gli anziani non autosufficienti spendono in media oltre 2.700 euro al mese, il doppio rispetto a una casa di riposo tradizionale. La Lombardia nel 2019 ha sborsato per le Rsa 872 milioni: soldi che sono andati alle oltre 500 case di riposo convenzionate con la Regione. Il Gruppo Kos, 550 milioni di fatturato annui, fondato da **Carlo De Benedetti** nel 2002, è presente in 11 regioni italiane e 2 stati esteri, per un totale di oltre 13.000 posti letto. Gestisce 110 strutture in Italia e 51 in

Germania. In Italia sono 9.000 i posti letto in 58 residenze per anziani, 16 centri di riabilitazione, 12 comunità terapeutiche psichiatriche, 7 cliniche psichiatriche e 2 ospedali. È inoltre attivo con 15 centri ambulatoriali di riabilitazione e diagnostica.

Ad agosto scorso, complice alcuni articoli particolarmente velenosi su *Repubblica*, *La Stampa* e *Domani*, erano circolati rumors di mire di **De Benedetti** ma anche di **John Elkann** sulla sanità del Lazio, in competizione con Rocca. L'Ingegnere da tempo tiene nel mirino questa regione. Nel 2018 il gruppo Kos compra la Casa di cura Sant'Alessandro, in via Nomentana, nella Capitale, allora 60 posti più 23 in ristrutturazione, struttura accreditata dalla Regione. Allora era presidente del Lazio il dem **Nicola Zingaretti** e premier il compagno di partito **Paolo Gentiloni**. A marzo 2020, rileva la gestione di Villa Armonia Nuova, ancora a Roma, 104 posti letto, sempre accreditati dalla Regione. Il Gruppo opera soprattutto con il brand Anni Azzurri, frutto di un'acquisizione del gruppo

Cir che risale al 2006. La Residenza Anni Azzurri, si trova nel parco di Veio (in zona Roma Nord), con 118 posti letto. Il business è talmente florido che ci ha messo gli occhi sopra anche il fondo F2i di Cassa Depositi e Prestiti attraverso la F2i Healthcar, entrato in Kos con il 40%.

Nel settore delle Rsa del Lazio, un ruolo da protagonisti ce l'hanno gli **Angelucci**, con il marchio San Raffaele. **Antonio Angelucci**, 78 anni, il capostipite, è un abile uomo d'affari e di relazioni. Ha stretto forti legami con la politica (da 14 anni è in Parlamento, prima con Forza Italia e ora con la Lega) e spazia nell'editoria con la proprietà dei quotidiani *Liberò* e *Il Tempo*.



L'ABUSO DEI GETTONISTI

Molti ospedali vanno avanti solo grazie a medici tappabuchi

■ «I privati in Italia lo sono per modo di dire, nel senso che sono convenzionati con il pubblico. È una situazione molto comoda. Vengono finanziati con i soldi pubblici ma non rientrano nei criteri di accesso del sistema pubblico. Questo vuol dire che fanno una selezione delle patologie, quindi non coprono quelle a scarsa resa e ad alto costo e non mettono a disposizione i posti letto, cioè non rientrano nel meccanismo Cup regionale. Per come sta evolvendo la situazione nella sanità, c'è davvero il rischio che chi ha i soldi o un'assicurazione può curarsi in modo tempestivo mentre chi non è in questa condizione è costretto a lunghe attese con pericolose ricadute sulla salute».

Carlo Palermo, presidente di Anaa Assomed (l'Associazione dei medici e dirigenti sanitari italiani), va dritto al punto anche se ci tiene a dire che non è sua intenzione fare una crociata

contro le strutture private. «Non ho nulla contro i privati, però non devono essere competitivi con le strutture pubbliche, non

dovrebbero fare una selezione delle patologie e dovrebbero mettere a disposizione i posti letto e le attività diagnostiche con la stessa logica del sistema pubblico».

Resta saldo il principio, afferma **Palermo** con vigore, che «la sanità deve esser prevalentemente pubblica». E richiama alla memoria quello che è accaduto nei primi mesi della pandemia. «Quando il Covid dilagava e negli ospedali mancavano i posti letto, le Regioni hanno dovuto raggiungere un accordo con le cliniche affinché a mettersero a disposizione le loro strutture. Non è stato un processo automatico».

Pertanto, insiste **Palermo**, «la sanità privata ha un senso se collabora in maniera non competitiva con il pubblico che comunque deve essere il pilastro del sistema sanitario nazionale. E il diritto alla salute deve essere tutelato». Se guadagnano terreno i privati è «perché per anni, a cominciare dalla politica della

spending review, i fondi alla sanità sono stati tagliati. Ora la risposta al fabbisogno di medici negli ospedali è con i gettonisti. Ma solo soltanto dei tappabuchi che non possono garantire la continuità diagnostica e dell'assistenza. Una volta finito il turno spariscono. La sanità pubblica non può basarsi su queste soluzioni tampone».

Quanto alla fuga dei camici bianchi verso il privato, **Palermo** ci tiene a far chiarezza: «Chi ha un rapporto dipendente di una clinica ha un contratto meno tutelante dell'ospedale pubblico. Diversa invece è la situazione di chi invece ha un rapporto da libero professionista e oltre alla clinica esercita privatamente». Insiste su un punto: «Laddove il pubblico arretra gli spazi vengono subito colmati dal privato. È su questo che bisogna riflettere».

L.D.P.

© RIPRODUZIONE RISERVATA



ASSOMED Carlo Palermo



Sibilla e gli altri, il viaggio solitario di chi vorrebbe morire in Italia ma ottiene un no

FRANCESCA SPASIANO

Non tutti i malati terminali sono uguali. Molto dipende dalle condizioni che li tengono in vita, ma anche dalla Regione in cui si trovano e dai mezzi di cui dispongono per scegliere come morire. Sibilla Barbieri li aveva, quei mezzi: diecimila euro per raggiungere la Svizzera e auto-somministrarsi il farmaco letale in una clinica. Anche se avrebbe preferito morire a casa sua, in Italia. Ciò che la rendeva uguale a tutti gli altri malati è il diritto a stabilire quando la sofferenza vissuta sia ormai intollerabile. Per Sibilla lo era.

Ciò che la distingueva, invece, è il modo in cui gli altri hanno giudicato quella stessa condizione fisica e psicologica: "per quanto attiene le sofferenze fisiche", scrive la Commissione Aziendale istituita appositamente dalla Asl di Roma, "è di tutta evidenza che le condizioni attuali non sono coerenti con sofferenze fisiche intollerabili". La stessa commissione ritiene "di non poter affermare di aver potuto operare una verifica positiva circa la sussistenza di sofferenze psichiche intollerabili".

Diverso il parere del comitato etico competente nel Lazio, il quale ritiene che il vissuto di sofferenza sia ampiamente documentato, e ricorda che la sofferenza "nulla ha a che vedere con il dolore". Mac'è di più. Perché il comitato ritiene anche che "nel caso di specie si possa configurare per la paziente una condizione di dipendenza dai farmaci che sebbene non necessari per il sostegno vitale sono utili per assicurarle una accettabile qualità di vita".

Il parere è solo "consultivo", e risponde alla seguente domanda: la persona è tenuta in vita con mezzi di sostegno vitale? Ovvero una delle condizioni previste dalla sentenza 242 della Corte Costituzionale (la cosiddetta Antonioni/Cappato, sul caso Dj Fabo), con la quale i giudici delle leggi hanno in parte legalizzato l'accesso al suicidio assistito, quando sussistano determinate



condizioni di salute: che la persona malata sia affetta da una patologia irreversibile, che sia capace di autodeterminarsi, che reputi intollerabili le sofferenze fisiche o psicologiche che la malattia determina, e infine, che sia dipendente da trattamenti di sostegno vitale. Quattro requisiti, in presenza dei quali la Consulta esclude la punibilità di chi fornisce l'aiuto alla morte volontaria, prevista dall'articolo 580 del codice penale.

Secondo la Asl, Sibilla Barbieri ne aveva solo due su quattro, perché non soffriva abbastanza e non era un macchinario a tenerla in vita - anche se «poi le cose cambiano», ha spiegato lei stessa respirando attraverso un tubicino. Il comitato etico offriva una lettura secondo la quale per sostegno vitale non debba intendersi esclusivamente la dipendenza fisica da uno strumento o un macchinario (ventilazione, idratazione o nutrizione artificiale, e così via). Ma l'azienda sanitaria, contro la quale la famiglia ha presentato due esposti, non vi ha aderito. E così l'attrice e regista romana di 58 anni, malata oncologica da dieci anni, ha deciso di andare in Svizzera, dove è morta il 31 ottobre. L'hanno accompagnata suo figlio Vittorio Parpaglioni e Marco Perduca dell'Associazione Luca Coscioni, che poco dopo si sono autodenunciati alla questura di Roma insieme a Marco Cappato. Rischiano fino a 12 anni di carcere, sempre che un giudice non decida che l'aiuto fornito fosse lecito.

In mancanza di una legge che regoli il fine vita, l'esito di questo caso e di ogni altro dipende dalla lettura che ogni tribunale fa della sentenza 242. Il destino di Sibilla e di molti altri dipende sostanzialmente dall'interpretazione di cosa sia un trattamento di sostegno vitale, inteso in senso più ampio o più restrittivo. A condividere la sua sorte so-

no i pazienti oncologici che spesso hanno bisogno di molte cose per vivere - una terapia, un farmaco, un'assistenza costante - ma non di un macchinario al quale staccare la spina. L'immagine cui spesso si ricorre è evocativa, ma di certo non esaurisce le necessità di cui un malato ha bisogno per sopravvivere. O per vivere con la dignità che pretende. Massimiliano, per esempio, dipendeva completamente dagli altri: viveva in Toscana, era malato di sclerosi multipla e le sue condizioni di vita gli erano divenute insopportabili. Ma siccome non aveva la possibilità di fare diversamente, ha scelto di morire in Svizzera, accedendo al suicidio assistito. Elena aveva ricevuto una diagnosi di microcitoma polmonare, con un'aspettativa di vita breve e dolorosa. Prima di lasciare il Veneto, per morire all'estero, ha spiegato: «Sono sempre stata convinta che ogni persona debba decidere sulla propria vita e debba farlo anche sulla propria fine, senza costrizioni, senza imposizioni, liberamente, e credo di averlo fatto, dopo averci pensato parecchio, mettendo anche in atto convinzioni che avevo anche prima della malattia. Avrei sicuramente preferito finire la mia vita nel mio letto, nella mia casa, tenendo la mano di mia figlia e la mano di mio marito. Purtroppo questo non è stato possibile e, quindi, ho dovuto venire qui da sola». Paola, 89 anni, ha lasciato la sua casa di Bologna per porre fine alla sofferenza causata da una malattia irreversibile, il morbo di Parkinson, che le impediva di muoversi e parlare. Ha ottenuto la morte volontaria assistita in Svizze-



ra. Romano aveva 82 anni, era affetto da una forma di Parkinsonismo atipico che lo costringeva a letto. Ex giornalista e pubblicitario, non riusciva più a leggere o scrivere. Si è rivolto a Marco Cappato per evitare che i suoi familiari subissero conseguenze legali. Dalla Lombardia è arrivato in Svizzera.

Come tutti gli altri non era tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, e come tutti gli altri ha dovuto sostenere il viaggio. Che in Italia è reso possibile dai "disobbedienti civili" dell'Associazione Soccorso Civile, che gestiscono la trasferta e ne affrontano le conseguenze legali. Diverso è il caso di chi "soddi-

sfa" i requisiti della Consulta e ha ottenuto il via libera al suicidio assistito, come Federico Carboni, primo in Italia. Altri aspettano che le loro condizioni siano verificate, secondo tempi e procedure indefinite e variabili. Dipende dalla Asl di competenza, e anche dalla volontà della Regione di dotarsi di una legge propria. Come il Veneto, che ora si muove in questa direzione. Mentre dalle procure e dai tribunali emergono orientamenti che tendono sempre più ad allargare l'interpretazione dei criteri stabiliti dalla Consulta.

Il legislatore? Sappiamo che il monito della Consulta è caduto nel vuoto. E sappiamo anche che l'ultimo tentativo di appro-

vare un testo, nella scorsa legislatura, è naufragato dopo il sì alla Camera. Il referendum sull'eutanasia legale promosso nel 2022, che aveva raccolto oltre un milione di firme, è stato bocciato dalla Consulta. C'è un diritto alla vita che va costituzionalmente tutelato - ragionano i giudici. Ma c'è un diritto, quando si ha il diritto, a non essere discriminati sulla base di quanto appare terribile la propria malattia?

LA REGISTA ROMANA HA SCELTO DI ANDARE IN SVIZZERA DOPO IL RIFIUTO DELL'ASL E COME LEI SONO IN TANTI A SUBIRE LO STESSO DESTINO

