

RASSEGNA STAMPA

6 MAGGIO 2024

A CURA DELL'ADDETTO STAMPA CRT SICILIA

MARIELLA QUINCI

La fuga al Nord per curarsi vale 5 miliardi

►Fuori regione 19 milioni di prestazioni
Le famiglie si indebitano. Crocevia Lazio

Giacomo Andreoli

Fare le valigie e partire, spostandosi dalle regioni del Sud verso il Nord. Con la speranza di trovare gli specialisti e le cure più adeguate. Secondo un report realizzato da Adoc ed Eures che *Il Messaggero* ha potuto visionare in anteprima, si stima che la cosiddetta "mobilità

sanitaria interregionale" sia arrivata a valere quasi 5 miliardi di euro l'anno. Una cifra record.

A pag. 11

Bassi a pag. 11

La fuga al Nord per curarsi sposta risorse per 5 miliardi

►Fuori regione 19 milioni di prestazioni ►Ci si muove anche per piccoli interventi
Le famiglie si indebitano per 1 miliardo Partenze dal Lazio (che però attrae il Sud)

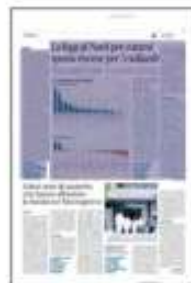
IL CASO

ROMA Fare le valigie e partire, spesso con gran parte della famiglia, spostandosi dalle Regioni del Sud verso il Settentrione. Con la speranza di trovare gli specialisti e le cure più adeguate. Non solo salva-vita, per patologie gravi come i tumori al cervello, ma perfino per piccoli interventi come calcoli o cisti, oppure riabilitazioni dopo gli infortuni muscolari. Lo chiamano turismo sanitario, ma più che un viaggio di piacere è una migrazione. Secondo un report realizzato da Adoc ed Eures che verrà presentato domani e che *Il Messaggero* ha potuto visio-

nare in anteprima, si stima che la cosiddetta "mobilità sanitaria interregionale" sia arrivata a valere quasi 5 miliardi di euro l'anno. Una cifra record, in crescita del 15% rispetto all'ultima rilevazione. Insomma, tra centri specialistici inesistenti nei territori periferici e liste d'attesa interminabili, c'è un flusso che va per lo più verso il Nord e che muove oltre un quarto di quanto speso con l'ultima legge di Bilancio.

Corrisponde a un esercito di oltre 19 milioni di prestazioni fatte in Regioni diverse da quella di residenza: una prestazione ogni tre italiani. E per pagarle i cittadini sono costretti a tirar fuori dalle loro tasche sempre più soldi e perfino indebitarsi (oltre 1 miliardo di prestiti nel 2023), viste le carenze del Sistema sanitario nazionale, stretto tra scarso ricambio

in corsia, pochi fondi, disorganizzazione e costi crescenti. Per la precisione gli italiani per curarsi nel 2022 hanno speso quasi 37 miliardi, oltre 110 euro a famiglia. È il 17% in più rispetto al 2012 e non tutti possono permetterselo. Tanto che in 4,5 milioni rinunciano alle cure. Non a caso, così, il quadro che emerge dai dati rielaborati dell'Istat, del ministero della Salute, dell'Agenas e dei sindacati



viene ribattezzato da Adoc "radio-grafia di un diritto negato". Una povertà sanitaria contro la quale

l'associazione dei consumatori lancerà una campagna di sensibilizzazione, sponsorizzata da Rossana Banfi, la figlia del nonno Lino più famoso d'Italia.

ESODO VERSO IL PRIVATO

Dei 5 miliardi, 3,3 sono per ricoveri e visite o terapie. Gli altri per farmaci, cure termali e trasporti in ambulanza. Per le prime due voci le Regioni del Nord sono arrivate a guadagnare nel 2022 quasi 1 miliardo, la stessa cifra che è stata persa dal Mezzogiorno. Solo per i ricoveri ospedalieri dal Sud si sono spostati in 173mila, soprattutto da Campania, Puglia, Calabria e Sicilia. Per lo più verso Lombardia, Emilia Romagna, Veneto e Lazio. Il 66,9% delle prestazioni fatte spostandosi dalla propria provincia è offerto da strutture private, per lo più d'eccellenza. E dei 2,7 miliardi mossi per i ricoveri ben 900 milioni riguardano patologie di media complessità.

Le carenze strutturali al Sud sono evidenti: tra il 2012 e il 2022 gli ospedali e gli ambulatori specialistici sono diminuiti oltre la media nazionale. «Soprattutto per le patologie rare - aggiunge Pierino Di Silverio, segretario del sindacato Anao-Assomed - al Sud i centri si contano sulle dita di una mano». Non solo: c'è un'offerta di posti letto di 3,5 posti ogni

mille abitanti, contro i 3,8 al Centro e i 4 al Nord (comunque in calo). Vuol dire che ogni duemila abitanti si può curare o salvare la vita a una persona in meno. E così,

segnala Fp Cgil, oltre l'80% dei ricoveri in mobilità dei campani viene fatto negli ospedali privati della Lombardia. All'Humanitas di Rozzano il 15,67% dei pazienti è di Napoli e dintorni. Dalla Calabria, invece, si va quasi sempre verso il privato nel Lazio, per lo più per curare i bambini, visto che in testa c'è il Bambin Gesù di Roma. Ma dal Lazio sono anche in molti quelli che si spostano, soprattutto verso il Nord e la Lombardia: in 49mila si sono curati in altre Regioni nel 2022.

Il Veneto spicca per la riabilitazione, ma per le patologie dei muscoli e delle ossa la prima regione in Italia quanto a numero di prestazioni è l'Emilia Romagna. Per i tumori, invece, soprattutto per quelli al cervello e alla bocca, si fugge da Molise, Basilicata e Calabria, ma anche dalla Valle d'Aosta, per lo più verso Milano e provincia.

IL MANCATO RICAMBIO

Dal report Adoc-Eures emerge poi che nel 2022 le prestazioni intramoenia, offerte a pagamento dai medici negli ospedali e negli ambulatori, sono cresciute del 16,7%, con la spesa delle persone che supera il miliardo. Nel frattempo il 22,4% delle strutture pubbliche non rispetta i tempi

per gli interventi gravi (che andrebbero fatti in 30 giorni). Cinque anni fa era in ritardo solo il 17,5% degli ospedali. Tra i privati il dato è fermo al 12,2%.

I medici e gli infermieri, poi, sono sempre più anziani e precari. I camici bianchi tra i 65 e i 74 anni sono il 275% in più rispetto al 2013. In corsia ne mancano almeno 25mila e per adeguarsi alla media Ue servirebbero 100mila assunzioni in tutto il settore sanitario. I lavoratori del pubblico, seppur pagati di più del passato, sono lo 0,7% in meno rispetto al 2012, con un leggero recupero a partire dal 2022 (625mila dipendenti, +1,3% sul 2021). L'incidenza dei contratti flessibili tra il 2010 e il 2022 è poi salita del 56,8%, superando per gli infermieri il 150%.

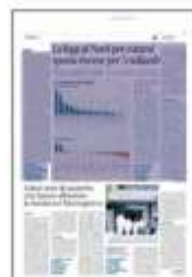
«La situazione - dice la presidente di Adoc, Anna Rea - è critica. Serve uno sforzo da parte di Stato e Regioni, anche perché la spesa sanitaria rispetto al Pil è prevista in calo e le risorse messe in campo non sono riuscite a compensare gli aumenti dei costi dovuti all'inflazione».

Giacomo Andreoli

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**AUMENTANO
LE LISTE D'ATTESA:
QUASI UNA STRUTTURA
PUBBLICA SU TRE
È IN RITARDO NEGLI
INTERVENTI GRAVI**

**IN UN ANNO SONO
SALITE DEL 16,7%
LE PRESTAZIONI
E LE VISITE
SPECIALISTICHE
A PAGAMENTO**



I dieci anni di austerità che hanno affondato la Sanità nel Mezzogiorno

L'ANALISI

ROMA La questione assomiglia al classico dilemma se sia nato prima l'uovo o la gallina. Se cioè, la crisi sanitaria del Sud e di parte del Centro Italia dipenda più da un sottofinanziamento strutturale delle cure in queste aree del Paese, o se invece sia colpa di incapacità amministrativa e gestionale delle classi politiche locali. La risposta non è semplice. Michele Emiliano, da quando è governatore della Regione Puglia lamenta un sotto finanziamento del sistema sanitario della sua regione di 200 milioni l'anno. Partendo da sottozero è difficile far quadrare i conti. Carlo Cottarelli, quando fu nominato commissario ai tagli di spesa, ormai un decennio fa, rese famose le differenze dei costi di una siringa con ago, che potevano variare da 6 a 30 centesimi a seconda della Regione che li acquistava. Possiamo immaginare che sottofinanziamento e sprechi siano sono due concause. Un sistema sanitario sostenuto da tributi propri delle Regioni è evidentemente più "povero" dove le capacità fiscali di cittadini e imprese sono minori. Ma forse ancora più interessante del punto di partenza è il punto di arrivo. Quasi tutte le Regioni del Mezzogiorno sono state costrette a passare sotto le forche caudine dei «piani di rientro» dal deficit sanitario.

IL PASSAGGIO

Un'austerità teutonica che ha mirato a raddrizzare i conti di ospedali e Asl riducendo il personale, sia medico che infer-

mieristico, tagliando i posti letto e congelando gli investimenti in nuove apparecchiature e acquisto di farmaci. Dopo dieci anni di questa cura, era diffi-

cile che il servizio sanitario meridionale risultasse più efficiente. Magari più economico sì, ma non migliore. «La stragrande maggioranza delle regioni ha spiegato Giovanni Migliore, presidente della Fiaso (Federazione italiana Aziende sanitarie e ospedaliere) - è commissariata da oltre 10 anni. Se dunque devo rimodulare una offerta sanitaria in base al bisogno reale, serve molto più tempo anche per le autorizzazioni che arrivano dal tavolo ministeriale». Inutile dire che, in queste condizioni, si deve dare la priorità ai bisogni più trasversali, come la rete di emergenza, del pronto soccorso. Tutto il resto va in coda. Certo, c'è anche «una mobilità legata alla prossimità di strutture ospedaliere di eccellenza - come spiega Americo Cicchetti, direttore generale della programmazione sanitaria del ministero della Salute - una mancanza di offerta e la necessità di trovare risposte alle prestazioni in genere di alta specialità in altre regioni». Ma secondo Cicchetti non va nemmeno sottovalutato «un fenomeno di libera scelta». Ma questa scelta è davvero «libera»? Poco tempo fa la Svimez, l'Associazione per lo Sviluppo del Mezzogiorno, ha pubblicato un report nel quale ha evidenziato come la speranza di vita di un cittadino meridionale sia di un anno e mezzo minore di quella di uno settentrionale. In Italia circa il 70 per cento delle donne di 50-69 anni si è sottoposta ai controlli di prevenzione: circa due su tre lo ha fatto aderendo

ai programmi di screening gratuiti. La copertura complessiva è dell'80 per cento al Nord, del 76 per cento al Centro, ma scende ad appena il 58 per cento nel Mezzogiorno. La «fuga» dal Sud per ricevere assistenza in strutture sanitarie del Centro e del Nord, ha spiegato sempre la Svimez, riguarda soprattutto le patologie più gravi. Che cosa significano questi dati? Nel Mezzogiorno ci sono meno strutture, meno personale, meno macchinari.

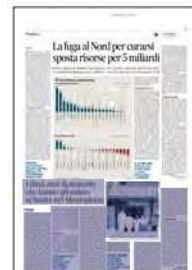
LE CONSEGUENZE

Le liste di attesa dunque sono necessariamente più lunghe e si fa meno prevenzione probabilmente non per scelta. Dunque ci si ammala di più. Quando la patologia è grave non c'è più fiducia nel sistema sanitario locale e si preferisce cercare le «eccellenze» al Nord. Questo «esodo», secondo i dati Eures, vale cinque miliardi di euro. Un trasferimento di soldi dalle casse delle Regioni Meridionali a quelle Settentrionali. È un cane che si morde la coda. Meno soldi per la Sanità al Sud, significano di nuovo meno posti, meno personale e meno servizi. E dunque, di nuovo, maggiori spostamenti verso le Regioni più virtuose. Una giostra impazzita che nessuno sa più come fermare.

**Andrea Bassi
Graziella Melina**

© RIPRODUZIONE RISERVATA

**LE REGIONI IN DEFICIT
COSTRETTE
A PIANI DI TAGLI
DI PERSONALE,
POSTI LETTO E
MACCHINARI**



DI LUIGI TIVELLI

**Sanità, la svolta
è nel binomio
pubblico-privato**

a pagina 11

**IL NODO SALUTE**

Sanità, la vera svolta pubblico-privato

DI LUIGI TIVELLI

L'ultima notizia sulla sanità è quella sul rischio dell'esodo di 20.000 medici. Nel groviglio della sanità pubblica, di cui anche in questi giorni non pochi esponenti della sinistra parlano a sproposito, ci sono però ben altri nodi che, da tempo, la stringono al collo e non mi sembra il caso di inseguire i nuovi nodi giorno per giorno.

Nel 1978, con la legge istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale, e negli anni immediatamente successivi, l'Italia era un modello per molti paesi. Poi, per farla breve, è subentrata la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001 che, tra le tante «frescacce» che reca, ha sostanzialmente istituito 20 diverse sanità regionali. Ma, come avviene per altri ambiti, la responsabilità cade non poco sulla sinistra, che ci ha regalato la palla avvelenata della riforma del Titolo V. Una palla avvelenata passata ora alla destra, dalla quale è nata, sul piano giuridico (Art.116 terzo comma) anche l'altra palla non meno avvelenata che è l'autonomia differenziata.

E così abbiamo la sanità della Calabria, da lungo tempo commissariata, che è in assoluto una delle peggiori d'Europa, e abbiamo dei modelli di sanità, come quello del Veneto e della Lombardia che recano, in modi e forme diverse, aspetti di eccellenza. C'è poi la sanità del Lazio che, commissariata fino al 2020, ha comportato (con non poca responsabilità della sinistra) forme di indebitamento enormi che pagano soprattutto i cittadini tramite l'aliquota di

tasse regionali sostanzialmente più alta d'Italia.

Abbiamo poi un sistema che genera troppo turismo sanitario verso le regioni del nord. Tutti conoscono, inoltre, la questione delle «code».

La questione di cui meno si tratta e si parla è, però, un'altra. Quella per cui senza un rapporto equilibrato tra pubblico e privato, una sorta di tendenziale accordo quadro, non è possibile rispondere ai veri problemi aperti nel sistema della sanità.

Certo, sta avvenendo, specie per quanto riguarda esami, sistemi diagnostici ed altri aspetti, un ricorso sempre maggiore alla sanità privata, a cominciare da quella convenzionata. Ma come di solito avviene in questo Paese, sembra ci sia una sorta di conflitto tra orazi e curiazi tra chi è a favore della sanità pubblica (come pare anche Schlein), e chi della sanità privata.

Purtroppo, è l'approccio più sbagliato possibile. Perché l'unica via, invece, per rispondere alla questione dei costi e dello stesso finanziamento al SSN, alla questione delle code, alla questione dei troppi «esami» (così li chiamano i cittadini normali) è un'altra. Vanno meglio valutati i costi enormi spesso per molta parte a carico delle casse pubbliche che ciò comporta. Di qui la necessità di forme di accordo, partnership, intese ordinate (le si chiami come si pare) fra pubblico e privato. Occorre finalmente puntare su una «sanità che costi meno e funzioni meglio».

Nel sistema della sanità ci sono importanti appuntamenti, come le «Ca-



se della Salute» e la digitalizzazione: i due progetti fondamentali del PNRR sul tema.

Il sistema della sanità italiana (con stupidità legislativa-amministrativa-organizzativa), articolato in 20 sanità, tende a mettere nettamente più a proprio agio i cittadini-pazienti-clienti del nord e ad impoverire, quanto a servizi disponibili, quelli del centro-sud. Non parliamo, poi, di cosa avverrebbe con l'autonomia differenziata. Con questo sistema a macchia di leopardo, aggravato dallo strano regionalismo all'italiana, è più propria della sinistra l'illusione che, in un paese con le condizioni di finanza pubblica che ha l'Italia, si

possa provvedere essenzialmente con il settore pubblico. Occorre, invece, finalmente porre al centro, nelle 20 regioni, il cittadino-cliente-paziente. Come avviene in molti paesi, anche in un servizio sostanzialmente pubblico come la sanità si può provvedere pure in forma soggettivamente privata.

Occorre, però, che la sinistra si levi finalmente dalla testa l'ossessione a favore del settore pubblico. Perché anche il privato può, invece, contribuire a servizi e funzioni oggettivamente pubblici, come quello della sanità, per non poca parte.

È il caso di smetterla con il gioco

degli orazi e curiazi e di porre finalmente al centro, con una vera rivoluzione copernicana, il cittadino-paziente. Sarebbe un bene per tutti.



La fedeltà alle linee guida non «salva» il medico

Responsabilità

Le indicazioni
non sono obbligatorie
né «parascriminanti»

Rosa Sciatta

Le linee guida in materia sanitaria, pur rappresentando un parametro utile nell'accertare i profili di colpa medica, non hanno «una rilevanza normativa», né «una generale rilevanza "parascriminante"». Per i sanitari, quindi, non basta attenersi alle linee guida per andare indenni da responsabilità. Così la Cassazione torna ad affermare, con l'ordinanza 34516/2023, la limitata importanza delle linee guida ai fini dell'accertamento giudiziale della responsabilità sanitaria.

Il caso di malpractice sanitaria ha colpito una donna a seguito di intervento chirurgico per endometriosi profonda, effettuato con tecnica laparoscopica anziché con la tecnica più innovativa del "nerve sparing"; all'intervento, riconosciuto, comunque, di speciale difficoltà nei giudizi di merito, erano seguite complicazioni, peraltro prevedibili, con grave danno per la paziente. La tecnica più nuova di "nerve sparing", già nota da alcuni anni nella letteratura specialistica,

sebbene non ancora implementata nelle linee guida, sarebbe stata più idonea alla fortissima riduzione della complicità insorta.

I giudici di merito hanno accertato una responsabilità sanitaria sia in relazione alla tipologia di tecnica scelta, considerata imperita, sia in relazione alla imprudente modalità di realizzazione della tecnica laparoscopica, considerata eccessivamente radicale.

La Cassazione conferma la sentenza d'appello, nella parte in cui imputa alla tecnica più risalente la causa dell'insorgere della complicità. La Suprema corte ribadisce che le linee guida non hanno il rango di fonti di regole cautelari codificate, poiché non sono tassative né vincolanti. Esse non possono prevalere «sulla libertà del medico, sempre tenuto a scegliere la miglior soluzione per il paziente». Il medico, dunque, esaminato il caso concreto, deve scegliere e perseguire la migliore soluzione per quel paziente, potendo anche discostarsi dalle linee guida, che, pur rappresentando un parametro utile nel-

l'accertamento dei profili di colpa medica, non valgono a eliminare la discrezionalità del giudice di valutare se le circostanze del caso concreto esigano una condotta diversa da quella prescritta nelle medesime linee guida. Peraltro, le linee guida in materia sanitaria contengono esclusivamente regole di perizia e, quindi, non possono essere assunte come parametro quando l'esercente la professione sanitaria si sia reso responsabile di una condotta negligente o imprudente.

Questo orientamento è conforme all'articolo 5 della legge 24 del 2017, che fa espressamente salva la specificità del caso concreto, affermando che nell'esecuzione delle prestazioni sanitarie con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche, palliative, riabilitative e di medicina legale, gli esercenti le professioni sanitarie debbono attenersi – salve le specificità del caso concreto – alla raccomandazioni previste nelle linee guida e, in assenza di queste, alle buone pratiche clinico-assistenziali. Dunque le linee guida contengono rac-

comandazioni di massima che non sollevano il sanitario dal dovere di verificarne la praticabilità e l'adattabilità nel singolo caso concreto, personalizzando, pertanto, l'intervento alle condizioni cliniche del singolo paziente.



Chirurgia estetica esente: scopo sanitario certificato da cartelle cliniche e perizia

Iva

Prove esibite dal ricorrente
dimostrano la finalità
Non rileva la legge 191/2023

**Giorgio Emanuele Degani
Damiano Peruzza**

La Cgt Rimini con la sentenza n. 53/2/2024 (presidente De Cono, relatore Ercolani) ha riconosciuto la spettanza dell'esenzione Iva su prestazioni sanitarie di medicina estetica, contestata dall'ufficio con un accertamento riferito all'anno di imposta 2016, impugnato con ricorso del medico. Si tratta di uno dei primi casi in cui viene richiamata la recente modifica normativa introdotta in sede di conversione del Dl 145/2023 (legge 191/2023), in forza della quale il legislatore ha normato i requisiti affinché tali prestazioni siano esenti da Iva.

L'intervento si è reso necessario per superare i diversi orientamenti forniti dalla prassi (circolare 4/E/2005) e dalla giurisprudenza, dapprima europea (Cgue 21 marzo 2013, causa C-91/12) e poi nazionale (Cassazione 26906/2022), che ha riconosciuto l'esenzione per le prestazioni con scopo terapeutico mentre l'ha esclusa per gli interventi che rispondono a finalità cosmetiche.

Al fine di stabilire il confine tra imponibile ed esente, l'articolo 4-quater della legge 191/2023 ha disposto che possa applicarsi l'esenzione Iva alle prestazioni di chirurgia estetica al ricorrere di due condizioni:

- le prestazioni devono essere volte a diagnosticare o curare malattie o problemi di salute ovvero a tutelare, man-

tenere o ristabilire la salute, anche psicofisica del paziente;

- le suddette finalità devono risultare da apposita «attestazione medica».

La seconda parte - aspetto su cui si sofferma la sentenza in commento - dovrebbe avere carattere innovativo, in quanto si prevede una prova rafforzata, ovvero che la natura curativa della prestazione risulti certificata da apposita prescrizione medica. Tale requisito non era richiesto in precedenza, ma secondo la legge 191/2023 «resta fermo il trattamento Iva applicato alle prestazioni effettuate» e dunque tale elemento probatorio dovrebbe essere richiesto solo per le prestazioni rese dall'entrata in vigore della modifica.

Ritenendo irrilevante la modifica normativa sopravvenuta, la Cgt di Rimini ha riconosciuto la spettanza dell'esenzione applicata dal medico, dopo aver esaminato copiosa documentazione sanitaria attestante l'abilitazione professionale del medico, le finalità terapeutiche delle prestazioni risultanti dalle cartelle cliniche dei pazienti e la sussistenza del carattere medico sanitario e non puramente estetico delle prestazioni, attestata da apposita perizia giurata redatta da un medico legale.

A fronte delle prove esibite dal ricorrente, secondo il collegio l'ufficio si era invece limitato a contestazioni generiche, basate su opinioni dei funzionari non sorrette da elementi tecnici né da

una contro-perizia proveniente da professionisti del settore sanitario.

L'approccio dei giudici riminesi è di natura fattuale-probatoria e si ritengono poco significativi ai fini del contendere, se non irrilevanti, gli impatti delle novità introdotte nel 2023. Per arginare l'incertezza sull'ambito di applicazione dell'esenzione dell'Iva per questo tipo di prestazioni, si attende infatti che la novità legislativa venga "assorbita" prossimamente in una circolare dell'agenzia delle Entrate.

IN RIPRODUZIONE RISERVATA



Riforme e diritti

SCONTRO SUL FINE VITA: IN CAMPO LE REGIONI

Dopo i richiami della Consulta, è partito in Senato l'esame delle proposte di legge sul fine vita ma l'iter è difficile per le divergenze tra le forze politiche. Regioni in campo per regolare la procedura.

di **Maglione e Mazzei**

—a pagina 10

Sul fine vita è scontro: il Senato parte piano

Dopo i richiami della Consulta. Avviato un mese fa l'esame delle proposte di legge ma il percorso è difficile per le divergenze tra le forze politiche

Pagina a cura di
Valentina Maglione
Bianca Lucia Mazzei

Il fine vita fatica a trovare regole nazionali, nonostante le pronunce e le sollecitazioni della Corte costituzionale. È stato infatti avviato un mese fa dalle commissioni riunite Giustizia e Sanità del Senato l'esame delle cinque proposte di legge presentate in materia ma il percorso non pare breve e neppure scontato, viste le divergenze di fondo tra i quattro testi proposti dalle forze dell'opposizione e il quinto depositato da un partito di maggioranza, Forza Italia.

A muoversi sono invece le Regioni:

molte stanno cercando di regolare il fine vita (si veda il servizio a fianco).

In questo quadro, il punto fermo sono le pronunce della Corte costituzionale. Con l'ordinanza 207 del 2018 e poi con la sentenza 242 del 2019, esprimendosi sul caso che ha coinvolto Fabiano Antoniani (Dj Fabo) e Marco Cappato, la Consulta ha dichiarato non punibile l'aiuto al suicidio se riguarda un proposito, formato autonomamente e liberamente, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, ma capace di prendere decisioni libere e consapevoli.

Una decisione presa per tamponare l'assenza di una legge sul fine vita. Tanto che la stessa Corte ha più volte sollecitato il Parlamento a intervenire: il 18 marzo, è tornato sul tema il Presidente della Consulta, Augusto Barbera. Peraltro, la Corte ha già in calendario, per il 19 giugno, l'esame di una nuova questione di costituzionalità, incentrata sul requisito del «sostegno vitale».

Il Parlamento ha provato a legife-



rare nella scorsa legislatura, con una proposta di legge approvata in prima lettura alla Camera, ma non arrivata al traguardo. Delle cinque proposte ora all'esame delle commissioni riunite del Senato, quella che ha come primo firmatario Alfredo Bazoli (Pd) riproduce quel testo, «figlio di un lunghissimo confronto e che tiene conto di tanti punti di vista», osserva Bazoli: «Dopo la sentenza della Consulta – prosegue – l'aiuto al suicidio è già legale. Ci sono persone che lo chiedono e dopo un iter tortuoso riescono a ottenerlo. Ma, in assenza di indicazioni concrete, aziende sanitarie e ospedali non sanno come comportarsi. Siamo di fronte a un'applicazione a macchia di leopardo, che è intollerabile e pregiudica i diritti e la libertà di tutti».

La proposta di legge è stata presentata già a ottobre 2022 ma l'esame è iniziato solo ora grazie al fatto che è stata firmata da tutte le opposizioni; con la sottoscrizione di almeno un terzo dei senatori, secondo il regolamento di Palazzo Madama, dovrebbe andare in Aula entro tre mesi, quindi entro luglio. Il testo ricalca le indicazioni della Consulta e disciplina i requisiti e

la procedura da seguire per consentire alla persona malata di attivare in modo autonomo il percorso che porrà termine alla propria vita, escludendo responsabilità penali per chi la aiuta. Non disciplina l'eutanasia attiva, prevista invece dalle due proposte di legge di M5S e Alleanza Verdi e Sinistra. Con l'eutanasia attiva è un terzo (un medico) che somministra il farmaco che porta alla morte. Una quarta proposta di legge è sempre di matrice Pd.

In direzione opposta va il testo che ha come primo firmatario Adriano Paroli (Forza Italia). Non prevede infatti la depenalizzazione del suicidio assistito, stabilita dalla Consulta, ma introduce una sanzione penale ridotta se chi dà l'aiuto a morire convive stabilmente con il malato e agisce in uno stato di grave turbamento causato dalla sua sofferenza e la persona che intende suicidarsi è affetta da una patologia irreversibile, fonte di intollerabile sofferenza ed è tenuta in vita da strumenti di sostegno vitale. «Sono situazioni di grandissima sofferenza che non giudico – dice Paroli – ma quando si legifera bisogna far riferimento a dei valori. La vita non ci appartiene, non possiamo

disporre. Nei Paesi in cui il suicidio assistito è permesso si è arrivati all'eutanasia dei minorenni o per depressione e le altre proposte di legge aprono questa via. La Corte costituzionale ha individuato un vuoto ma il potere legislativo spetta al Parlamento e le indicazioni della Consulta non sono cogenti».

Una contrapposizione sostanziale, quindi, che rende incerto l'esito dell'esame. «Abbiamo svolto la relazione illustrativa – spiega il relatore, Pierantonio Zanettin (Fi) – e proposto un ciclo di audizioni. Ora aspettiamo il calendario per svolgerle. Ritengo che la politica debba trovare una strada per regolare questa materia».

di FEDERICA BIANCHI

Il testo firmato dalle opposizioni dovrà comunque andare in Aula entro luglio

I giudici e il Parlamento

LE INDICAZIONI DELLA CONSULTA

Quando l'aiuto al suicidio non è punibile

La Consulta, con la sentenza 242/2019 nata dal caso D.J. Fabo ha escluso la punibilità di chi aiuta il compimento di un suicidio (articolo 580 Codice penale) se: è un proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia

irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. La sentenza ha chiarito inoltre che tali condizioni e le modalità di esecuzione devono essere verificate da una struttura pubblica del Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente

LA PROPOSTA DELLE OPPOSIZIONI

Il testo già discusso

nella scorsa legislatura. La proposta di legge che ha come primo firmatario Alfredo Bazoli (Pd) e che ha raccolto le firme di tutte le opposizioni (atto Senato 104) ripropone il testo approvato dalla Camera nella scorsa legislatura. Indica requisiti e procedura per la morte volontaria con assistenza medica ricalcando le indicazioni della Consulta.

Possono chiederla i maggiorenni in grado di intendere e volere affetti da patologia irreversibile con prognosi infausta o da una condizione clinica irreversibile che causino sofferenze fisiche e psicologiche (la Consulta aveva scritto «fisiche o psicologiche») intollerabili e tenuti in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale. Permette l'obiezione di coscienza di medici e infermieri

Il testamento biologico

Sedazione palliativa profonda

Il tema del fine vita è stato già affrontato dal Parlamento con la legge 219 del 2017 sulle disposizioni anticipate di trattamento (o testamento biologico). La legge ha dato la possibilità, ai pazienti con prognosi infausta a breve termine, di essere accompagnati alla morte con la sedazione palliativa profonda, cioè l'annullamento della coscienza associata alla terapia del dolore



IL TESTO DI FORZA ITALIA

Aiuto al suicidio sempre punito, previsti casi con pene ridotte

La proposta di legge presentata da Forza Italia (atto Senato 1083) non segue la Consulta ma introduce una pena ridotta per il reato di aiuto al suicidio se l'autore convive stabilmente con il malato e agisce in stato di grave turbamento e se il fatto riguarda una persona con una patologia irreversibile causa di sofferenza intollerabile e tenuta in vita solo

tramite strumenti di sostegno vitale. In presenza di queste condizioni la reclusione va da sei mesi a due anni (altrimenti la reclusione da cinque a 12 anni, se il suicidio ha luogo). Il testo interviene anche sulla legge 219/2017 (testamento biologico) escludendo nutrizione e idratazione dalle disposizioni anticipate in materia di trattamenti sanitari e prevedendo l'obiezione di coscienza dei medici



Dalle Regioni la spinta per attuare la sentenza della Corte costituzionale

Sul territorio

In Emilia-Romagna l'iter è regolato con una delibera, ora impugnata al Tar

Mentre il Parlamento procede a rilente, diverse Regioni si stanno muovendo per attuare le indicazioni con cui la Corte costituzionale ha reso legale il ricorso al suicidio assistito.

La Consulta ha stabilito infatti le condizioni che rendono il suicidio assistito non punibile e previsto che a verificarle sia il Servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente. La sentenza (non essendo una legge) non indica però tempi e le procedure da seguire. Ed è questo spazio vuoto che molte Regioni intendono colmare con le norme proposte dall'Associazione Luca Coscioni con la campagna «Liberi subito», per evitare che i cittadini si trovino di fronte a risposte diverse da un territorio all'altro.

La delibera di Giunta

In Emilia Romagna la procedura per la gestione delle richieste di suicidio medicalmente assistito è già operativa. La Regione ha scelto la via più veloce della delibera di Giunta, mentre le altre Autonomie stanno percorrendo la strada dell'approvazione di leggi poiché normativamente più «forti» rispetto ai provvedimenti amministrativi. La delibera dell'Emilia Romagna è stata infatti impugnata di fronte al Tar prima da una consigliera di Forza Italia e poi dal Governo. Una legge può invece essere impugnata solo dal Governo per conflitto di competenze e a decidere è la Consulta. Né basta un'altra delibera di Giunta per cancellarla.

In Emilia Romagna, una proposta di legge è comunque all'esame del Consiglio, ma, a febbraio scorso, la Regione ha deciso di abbreviare i tempi approvando una delibera che ha istituito il Comitato regionale per l'etica nella clinica e poi indicando modalità e tempi (42 giorni) con cui gestire le richieste di suicidio medicalmente assistito.

Per il Governo sono provvedimenti illegittimi, da annullare perché varati in assenza di una legge statale e anche perché non esisterebbe un diritto al suicidio assistito che legittimi l'intervento attuativo. «Il Governo mira a disapplicare una sentenza della Consulta che è invece direttamente applicabile (secondo gli articoli 136 e 37 della Costituzione): vanno solo chiarite le procedure di verifica delle condizioni in tempi certi e l'erogazione della prestazione per evitare differenziazioni territoriali - dice Filomena Gallo, avvocatessa e segretaria dell'Associazione Luca Coscioni - e le Regioni possono farlo. Fino a oggi tre persone in regioni diverse hanno potuto dire "basta" in base alla sentenza della Consulta. Due hanno però dovuto affrontare attese lunghissime e hanno dovuto rivolgersi ai tribunali».

L'intervento regionale si basa sul fatto che l'articolo 117 della Costituzione ascrive la tutela della salute alle materie in cui la competenza è concorrente fra Stato e Regioni; queste ultime potrebbero quindi varare norme che garantiscono un diritto sancito dalla sentenza della Consulta. Dubbi di legittimità li aveva sollevati invece l'Avvocatura dello Stato in un parere richiesto dal Consiglio regionale del Veneto poiché, a suo giudizio, vengono toccati temi come «la titolarità e l'esercizio dei diritti fondamentali» di esclusiva competenza statale.

I progetti di legge

A oggi un progetto di legge sul fine vita è stata presentata in tutte le Regioni tranne che in Sardegna, Sicilia, Molise e Trentino Alto Adige. Le contrapposizioni nazionali si riproducono però anche a livello locale, con anzi ulteriori divisioni interne sia ai partiti che agli schieramenti politici.

Esemplare in questo senso il caso

del Veneto. Qui, a gennaio, il progetto di legge sul fine vita non è passato in Consiglio, con i voti contrari di FdI e FI, mentre si sono espressi a favore il presidente Luca Zaia e parte della Lega, ed è tornato in commissione, dove non è stato ancora calendarizzato.

È invece la Liguria l'unica Regione in cui la discussione sulla proposta di legge è entrata nel merito. «Nei giorni scorsi sono state avviate le audizioni, che vorremmo concludere entro giugno per poi andare in Aula», ragiona Gianni Pastorino, primo degli 11 firmatari del testo, tutti consiglieri di opposizione. Ma a favore si è espresso anche il governatore Giovanni Toti.

In Toscana e Lombardia il progetto è stato considerato ammissibile: l'esame deve partire. In Friuli Venezia Giulia è invece stato respinto in commissione e lo stop è arrivato anche in Piemonte, per ragioni di costituzionalità. In Umbria, Marche, Abruzzo, Lazio, Valle D'Aosta, Calabria e Basilicata la proposta è stata depositata.

Infine, la Puglia è stata la prima Regione che a gennaio 2023 ha istituito con una delibera di Giunta il Comitato etico incaricato di rendere il parere. Non ha però stabilito un tempo massimo ma solo la necessità di esprimersi nel più breve tempo possibile.

© RIPRODUZIONE RISERVATA

