

La tentata fuga in avanti delle Regioni, per forzare la mano del Parlamento

SUICIDIO ASSISTITO: «Il Servizio sanitario garantisca le cure, non la morte»

Andrea Ciattaglia

Come in Veneto – dove il Consiglio non ha approvato la proposta – e in Friuli Venezia Giulia, in Piemonte approda in Consiglio regionale la proposta radicale di suicidio assistito come prestazione del Servizio sanitario. Tutte le ragioni del «no» di Fondazione promozione sociale e Csa: dalla competenza statale, al clamoroso ritardo nelle cure palliative e di sedazione del dolore



Con un articolato parere inviato alla IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte, la Fondazione promozione sociale e il Csa – Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base, hanno commentato la proposta di legge d’iniziativa popolare presentata dall’associazione radicale Luca Coscioni e ammessa all’esame del Consiglio regionale su “Procedure e tempi per l’assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi e per effetto della sentenza della Corte costituzionale 242/2019”.

Fondazione e Csa, impegnate nella tutela del fondamentale diritto sancito dall’articolo 32 della Costituzione alla tutela della salute per tutti i malati e le persone con grave disabilità (in particolar modo quelle non autosufficienti, con patologie inguaribili o condizioni di invalidità irreversibili, ma sempre curabili), hanno formulato le loro osservazioni inviando contestualmente ufficiale istanza al Presidente e ai Componenti della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte al fine di bocciare il licenziamento del provvedimento per l’aula consigliare.

Riportiamo qui di seguito il parere per intero.

1. Elementi di incostituzionalità relativi alla competenza istituzionale

1.1 L’allegato parere reso dall’Avvocatura Generale dello Stato ai Presidenti dei Consigli Regionali del Veneto e del Friuli Venezia Giulia, numeri 39326/23 e 40525/23 del 15 novembre 2023 (1) ha chiarito che la proposta di legge in oggetto – replicata in maniera identica come proposta al Consiglio regionale del Piemonte, rispetto ai testi sottoposti alle istituzioni del veneto e del Friuli Venezia Giulia – va ben oltre il perimetro dell’organizzazione sanitaria di competenza (concorrente) regionale e impinge in modo consistente in materie di competenza legislativa esclusiva dello Stato. Sul punto, si rimanda per intero all’esauritiva nota dell’avvocatura, che significativamente si conclude con l’indicazione: «L’eventuale approvazione della proposta in questione potrebbe esporsi a rilievi di non conformità al quadro costituzionale di riparto delle competenze legislative tra Stato e Regioni».

Dal che discende la concreta possibilità che il Governo impugnò una eventuale legge regionale ai sensi dell’articolo 127 della Costituzione e che il licenziamento per l’aula del Consiglio di un tale provvedimento da parte della IV Commissione costituirebbe una grave premessa in tale senso.

1.2 In un articolato contributo pubblicato sulla pagina online del Centro Studi giuridici Rosario Livatino, il giurista Francesco Farri osserva che «il richiamo fin dal titolo [della proposta di legge in oggetto, ndr] alla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 sembra presentare la proposta

di legge come qualcosa di costituzionalmente necessario, ossia di indispensabile per dare attuazione ai principi costituzionali, come affermati – secondo la proposta stessa – dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019. Sennonché, essa in verità non ha e non può avere tale portata. Infatti, la sentenza n. 242/2019 ha un ambito ben preciso, che è quello di dichiarare incostituzionale la norma che puniva in ogni caso e senza differenziazione l’aiuto al suicidio; non è una sentenza la cui portata precettiva investe l’organizzazione amministrativa e sanitaria; non è una sentenza che istituisce un “diritto al suicidio”».

Tale elemento di non automatico appello all’organizzazione amministrativa e sanitaria va tenuto in conto alla luce degli elementi successivi che le scriventi presentano in questo parere: “Elementi di contenuto” ed “Elementi di contesto e di mancato rispetto degli obblighi Lea” che costituiscono argomenti a sostegno dell’istanza iniziale di questa memoria.

2. Elementi di contenuto

Nel già citato contributo del giurista Francesco Farri, si avanzano rilievi di contenuto rispetto alla illegittimità/incostituzionalità della proposta di legge regionale in oggetto. Rilievi che qui merita riportare per intero.

«L’incostituzionalità della proposta di legge in commento non attiene soltanto al versante dell’incompetenza legislativa regionale, ma anche al merito dei contenuti.

Una legge del genere sarebbe incostituzionale anche se fosse in ipotesi approvata dallo Stato, poiché essa non viola soltanto i criteri di riparto di competenze legislative tra Stato e Regioni, ma anche altri principi costituzionali e gli stessi criteri di fondo della sentenza n. 242/2019 cui pretenderebbe di dare esecuzione.

Anzitutto, contrasta alla radice con la Costituzione una proposta di legge che sancisca un “diritto al suicidio” e ne affidi l’esecuzione al sistema sanitario nazionale. L’art. 32 della Costituzione afferma che la Repubblica e, dunque, il sistema sanitario pubblico tutela la “salute” e garantisce “cure” alle persone, mentre per definizione il farmaco suicidario non tutela la salute della persona e non la cura, bensì la sopprime. La sentenza della Corte, n. 242/2019 è ben attenta a distinguere il profilo su cui si pronuncia della non punibilità della condotta di aiuto al suicidio, in alcuni frangenti, rispetto all’affermazione di un diritto a suicidarsi con l’aiuto di terzi, che essa al contrario nega.

La Corte, infatti e sulla base di costante giurisprudenza (cfr. par. 2.2.), afferma che “dall’art. 2 Cost. – non diversamente che dall’art. 2 CEDU – discende il dovere dello Stato di tutelare la vita di ogni individuo: non quello – diametralmente opposto – di riconoscere all’individuo la possibilità di ottenere dallo Stato o da terzi un aiuto a morire. Che dal diritto alla vita, garantito dall’art. 2 CEDU, non possa derivare il diritto di rinunciare a vivere, e dunque un vero e proprio diritto a morire, è stato, del resto, da tempo affermato dalla Corte europea dei diritti dell’uomo, proprio in relazione alla tematica dell’aiuto al suicidio (sentenza 29 aprile 2002, Pretty contro Regno Unito)”.

Ferma tale preclusiva ragione, la proposta di legge in esame viola i paletti posti dalla Corte costituzionale anche se si limitasse a disciplinare i casi di non punibilità, anziché debordare nella costituzione di un preteso diritto al suicidio e alla cooperazione di terzi per realizzarlo.

La Corte costituzionale, infatti, ha indicato chiaramente tra i pre-requisiti per la non punibilità dell’aiuto al suicidio che “il paziente sia stato adeguatamente informato ... in ordine alle possibili soluzioni alternative, segnatamente con riguardo all’accesso alle cure palliative ed, eventualmente, alla sedazione profonda continua”. Requisito, questo, totalmente dimenticato dalla proposta di legge in commento.

La proposta di legge in questione, quindi, non appare idonea neppure a regolare validamente le condizioni scriminanti rispetto alla condotta di aiuto al suicidio.

Da ciò discende, altresì, un ulteriore profilo di violazione dell’art. 117, c. 2, lett. l, Cost.: omettendo di considerare il pre-requisito delle cure palliative, la proposta di legge di fatto allarga l’esimente introdotta dalla Corte Costituzionale, così intervenendo in modo diretto e illegittimo sull’ordinamento penale, riservato in via esclusiva allo Stato (M. Ronco – D. Menorello, “Legge Cappato”: la scorciatoia regionale è incostituzionale, in www.centrostudilivattino.it, 30 ottobre 2023, par. 3).

Occorre osservare, al riguardo, che la dimenticanza delle cure palliative non appare casuale, bensì al contrario consentanea rispetto all’impianto assiologico di fondo della proposta di legge in discorso. La palliazione, infatti, risponde a un modello di cura della persona opposto rispetto al suicidio.

Oltre a ciò, la proposta è costituzionalmente illegittima anche nella misura in cui, in violazione del principio di libertà di coscienza (derivante dagli artt. 2 e 19 Cost.) non consente ai medici l’obiezione di coscienza, espressamente richiesta dal par. 6 della sentenza della Corte (M. Ronco – D. Menorello, op. cit., par. 1).

La proposta è ulteriormente incostituzionale nella parte in cui impone al Servizio Sanitario Nazionale una prestazione da offrire gratuitamente agli utenti (art. 4) senza indicare analiticamente la copertura degli oneri per farvi fronte e senza addirittura allegare una relazione tecnica, in doppia violazione dell’art. 81 Cost.. Non sarebbe possibile, infatti, attingere le somme per finanziare il suicidio assistito dal fondo per le cure palliative, poiché la legislazione nazionale ne ha previsto l’utilizzo per una finalità diversa – e op-

L’avvocatura dello Stato ha già pubblicamente manifestato la sua valutazione: le eventuali leggi regionali non sarebbero coerenti con la Costituzione. Dello stesso parere l’ufficio legislativo regionale in una nota trasmessa ai Consiglieri

posta – rispetto all'aiuto al suicidio e ha espressamente stabilito il vincolo delle somme all'utilizzo per il fine stabilito dalla legge (ossia appunto le cure palliative, non il suicidio assistito) (art. 12, c. 2 della l. n. 38/2010), nonché rigorosi meccanismi di monitoraggio dell'effettivo utilizzo per tali finalità, a pena della perdita per la Regione dei finanziamenti integrativi del sistema sanitario a carico dello Stato (art. 5, c. 4-bis della l. n. 38/2010).

Altri profili di incostituzionalità potrebbero essere individuati nella proposta di legge in commento (si rinvia, sul punto, a M. Ronco – D. Menorello, op. cit.). Si confida, tuttavia, che quanto sopra sia sufficiente a dimostrare come l'approvazione di una legge del genere da parte del Consiglio Regionale costituirebbe un'operazione giuridicamente priva di fondamento e destinata al sicuro insuccesso di fronte alla Corte costituzionale».

3. Elementi di contesto e di mancato rispetto degli obblighi Lea

3.1 L'eventuale, nefasto, licenziamento per l'aula della proposta di legge in oggetto avverrebbe in una Regione che non adempie in toto agli obblighi definiti dai Livelli essenziali di assistenza sanitaria e socio-sanitaria e che andrebbe a definire una prestazione "extra-Lea" finanziata con risorse sanitarie che graverebbero sul già insufficiente bilancio delle Aziende sanitarie piemontesi.

La proposta di legge, infatti, oltre a non essere adeguatamente supportata da un Livello essenziale nazionale delle prestazioni, che comunque incorrerebbe nelle censure di costituzionalità di cui sopra, non dovrebbe comportare aumento della spesa regionale. Così recita il testo della proposta di legge, articolo 6: «Dalla presente legge non derivano nuovi e maggiori oneri a carico del bilancio regionale». Il che equivale a dire che una parte delle già insufficienti risorse economiche, di personale e strumentali delle Aziende

sanitarie piemontesi, nella malaugurata ipotesi dell'entrata in vigore della norma, dovrebbero essere dedicate alle prestazioni di aiuto al suicidio, sottraendo ulteriori risorse economiche, di personale e strumentali a prestazioni Lea.

3.2. Si citano qui alcune evidenze del mancato rispetto dei Lea socio-sanitari in Regione Piemonte, certificate dalle stesse istituzioni, in particolare nell'ambito di interesse delle scriventi che è quello dei servizi sanitari e socio-sanitari e della garanzia delle cure per i pazienti inguaribili, ma sempre comunque curabili.

Nel solo Comune di Torino le cure socio-sanitarie domiciliari in lungoassistenza per i malati cronici non autosufficienti sono negate dall'Asl a 4.500 persone (definite in lista di attesa, ma in realtà vittime della negazione delle prestazioni di cura e assistenza continuativa) (3), mentre, secondo l'Ires Piemonte «negli ultimi anni, dal 2012 al 2018, sono diminuiti, in Piemonte, i casi di cure domiciliari: da 69.681 a 62.938: quasi l'11% in meno in sei anni» (4).

Alla data del 31 ottobre 2021 la Regione Piemonte ha certificato (5) 4.848 malati cronici non autosufficienti richiedenti ma non beneficiari di prestazioni Lea residenziali e 11.121 di prestazioni domiciliari di cura e assistenza continuativa.

L'ultimo Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" (6), pubblicato il 31 gennaio 2019 certifica che:

1) alla data del 12/09/2018 la Regione Piemonte non aveva nemmeno speso l'intera cifra messa a disposizione dallo Stato nel "Programma nazionale per la realizzazione di Strutture di cure palliative" per la realizzazione di Strutture di cure palliative (Finanziamenti dei decreti ministeriali

NOTE

(1) Avvocatura generale dello Stato, Comunicazione avente per oggetto: "Regione Autonoma Friuli - Venezia Giulia. Proposta di legge di iniziativa popolare n. 7 su "Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi per effetto della sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019", 15 novembre 2023.

(2) F. Farri, Note circa la proposta di legge regionale sul suicidio assistito, www.centrostudilivatinio.it/note-circa-la-proposta-di-legge-regionale-sul-suicidio-assistito/, 19 gennaio 2024.

(3) Pontillo, F. Zanchi, F. Cirio, "Le cure domiciliari alla popolazione della città di Torino. L'analisi della prassi per una nuova progettualità", Welforum.it, 10 dicembre 2021.

(4) Ires Piemonte, Contributo di ricerca 317/2021, "Rete ospedaliera e rete territoriale del Piemonte. Evoluzione,

28 settembre 1999 e 5 settembre 2001), dichiarando un avanzo di bilancio – cioè soldi non spesi per l'implementazione di cure anti dolore – di 1,4 milioni di euro;

2) il numero di «posti letto in Hospice rispetto al fabbisogno calcolato in base allo standard fissato dal d.m. n. 43/2007 (1 posto letto ogni 56 deceduti per causa di tumore) (...) evidenzia che, a livello nazionale, nell'anno 2017, risulterebbe una carenza di 244 posti letto in Hospice ma, come sempre, la situazione appare fortemente disomogenea, con Regioni in surplus (Lombardia, Emilia Romagna, Lazio) e Regioni in grave deficit (Piemonte, Toscana, Campania, Sicilia)»;

3) in termini di rapporto percentuale tra il numero di assistiti in Hospice e il numero di deceduti per tutte le cause, rappresentato dalla media dei deceduti per tutte le cause Istat per il triennio 2012-2014, rispettivamente per gli anni 2015, 2016 e 2017, mentre «valore medio nazionale si attesta intorno al 6,66% per il 2015, intorno al 6,82% per il 2016 e al 7,15% per il 2017, facendo registrare un lieve aumento rispetto al 2014 (6% circa)» i valori del Piemonte sono sempre sotto la media italiana;

4) in termini di rapporto percentuale tra il numero di assistiti con una diagnosi di neoplasia maligna (codici ICD-9 CM 140-208) deceduti in Hospice e il totale dei deceduti per tumore maligno (media triennale dei decessi per tumore maligno, anni 2013-2015, fonte ISTAT), i dati evidenziano che «il Piemonte registra il valore minimo, pari al 12,96%», di tutto il nord Italia;

5) tra il 2016 e il 2017 «si verifica in molte regioni una tendenza alla riduzione del numero di giornate di cure palliative domiciliari» e che «la situazione si presenta più critica, dal momento che, nei medesimi anni, sono evidenti riduzioni più marcate in Piemonte, in P.A. di Trento, in Lom-

bardia, nelle Marche, in Abruzzo, in Campania, in Puglia e in Sicilia»;

4. Conclusioni

Da quanto fin qui esposto, deriva la posizione delle scriventi in merito al disegno di legge in oggetto, che confermano l'istanza al Presidente e ai Componenti della IV Commissione del Consiglio regionale di rigetto della proposta in esame. Allo stato attuale del quadro giuridico, l'approvazione della norma proposta sarebbe un incentivo alla differenziazione al ribasso, su base regionale, delle tutele del Servizio sanitario e un azzardato passo non al sicuro da censure Costituzionali e conflitto Governo regionale/Governo nazionale.

Inoltre, l'attuale quadro di diffuso mancato rispetto dei Livelli essenziali di tutela della salute, rappresenta un ambiente del tutto sfavorevole per decisioni «libere», che non siano prese sulla scorta della disperazione («non mi curano, quindi preferisco morire») o del presunto anticipo/alternativa a tale esito («piuttosto che finire così, meglio morire»). Con tali presupposti, cui si affianca la prevista costituzione di servizi ad hoc che è impossibile non drenino risorse da altri capitoli obbligatori di spesa sanitaria e la gravissima mancata regolamentazione dell'obiezione di coscienza su temi tanto sensibili, il suicidio assistito si affermerebbe come alternativa alla carenza/assenza di cure, non come scelta di libertà.

Il rischio concreto è ancor più evidente se si confronta il brevissimo tempo (27 giorni) che la proposta fa intercorrere tra la manifestazione della volontà suicidaria e somministrazione del farmaco a cura del Servizio sanitario, a fronte delle attese di mesi e anche di anni per diagnosi, interventi e cure che sono diritti esigibili dei malati, ai sensi dell'articolo 32 della nostra Costituzione.

scenari, linee di intervento 2020", pagina 19.

(5) Atto della Direzione Sanità e Welfare n. Protocollo 108 del 3 gennaio 2022, risposta del Dirigente del Settore Programmazione socio-sanitaria, Franco Ripa, e del Direttore regionale, Mario Minola, all'interrogazione della consigliera Monica Canalis (Pd) in merito al numero dei casi valutati dalle Uvg idonei per progetti socio-sanitari Lea residenziali o domiciliari, ma non beneficiari degli stessi progetti di cura.

(6) Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore", pubblicato sul sito del Ministero della salute www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2814

Suicidio assistito: «Senza cure garantite e di lunga durata, è scelta di disperazione, non di libertà»

Prime voci critiche sulla proposta di legge sul suicidio assistito. Il nodo della competenza: per l'Avvocatura dello Stato non spetta alle Regioni decidere

Armando Sacchi

La richiesta di accedere al suicidio assistito è una scelta “di libertà”, come viene presentata dai suoi sostenitori, o piuttosto un'opzione dettata dalla disperazione, dalle mancate cure, dai diritti negati e persino dal peso economico della malattia in contesti familiari già fragili? Tutte motivazioni che renderebbero ancor di più la scelta della morte procurata un attacco alla sacralità della vita (argomento proprio del mondo cattolico), ma anche una sconfitta della dignità personale e un'inaccettabile violazione dei diritti fondamentali della persona.

La voce delle associazioni. Il dibattito si è riaperto dopo l'ammissibilità della proposta di legge di iniziativa popolare regionale sul suicidio assistito, promossa dall'associazione Coscioni. Il testo è approvato in Consiglio regionale del Piemonte; osservatori qualificati del settore invitano a vigilare in modo critico per evitare di dare alibi alla cultura del «piuttosto», come la chiamano gli operatori: «Quell'atteggiamento — spiega Giancarlo D'Errico, presidente dell'Anffas, storica associazione di rappresentanza degli utenti e gestione dei servizi per la disabilità — per cui le condizioni materiali di mancata assistenza sanitaria o sociale in senso più ampio, dietro le quali c'è una carenza di tutela istituzionale, portano la persona a “preferire” la morte: “Piuttosto che così, meglio farla finita”». Anche Marina Chiarmetta, già presidente di Avo Torino, associazione dei volontari ospedalieri i cui soci svolgono da anni attività di presenza, tutela e compagnia agli utenti delle Residenze sanitarie assistenziali, insiste sul punto: «Occorre che ai malati siano garantite le cure con la massima qualità e dignità. Con attenzione particolare a quelli completamente soli, per i quali le decisioni sul fine vita diventano ancora più delicate».

Ventisette giorni. Il «Rapporto civico sulla salute 2022» di CittadinanzaAttiva fotografa una situazione di ritardo cronico nell'erogazione delle prestazioni di cura da parte del Servizio sanitario. Più ancora delle visite e degli esami di laboratorio (comunque, fondamentali per le diagnosi tempestive) il dato preoccupante è quello degli interventi chirurgici: «Fino a un anno per un intervento cardiologico e ortopedico; fino a sei mesi per gli interventi oncologici». Dati nazionali generali, che possono avere scostamenti nelle realtà locali, ma che nel complesso restituiscono un panorama di servizi zoppicanti nel quale pare difficile che si possa davvero decidere senza condizionamenti dell'eventuale scelta del fine vita. Che peraltro, è già possibile nella forma della sedazione profonda, che pone la persona in stato di incoscienza fino al momento della morte. La proposta di legge

dei radicali non riconosce questo come metodo accettabile, perché troppo lento.

Il testo approvato in Consiglio — senza che ne sia prevista ancora la discussione —, fisserebbe invece tempi stringenti, imparagonabili a quelli delle liste di attesa, per la fornitura e la somministrazione a carico dell'Asl del farmaco letale. Secondo la proposta, dopo ventisette giorni dalla richiesta di suicidio assistito, la pratica dovrebbe essere conclusa, al termine di un percorso a tappe forzate che prevede la valutazione di una Commissione medica multidisciplinare dell'Asl sul possesso dei requisiti dei richiedenti, che sono quelli della sentenza Antoniani-Dj Fabo: istanza avanzata da persona pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, che esprime un proposito di suicidio formatosi in modo libero e autonomo (e qui le riserve dei critici sono massime), affetta da patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, con trattamenti di sostegno vitale (non è necessario che siano macchinari, contano anche i farmaci).

Cure palliative. Amedeo Prevete, presidente di Uneba Piemonte che riunisce oltre cento enti del non profit socio-sanitario, commenta critico: «Non capisco la ratio di questa proposta di legge. È piuttosto necessario far funzionare ciò che già esiste» e che non funziona a dovere. «Nel panorama regionale e nazionale non esiste un modello di cure palliative sostenuto sia da un punto di vista normativo che economico — osserva Prevete —. Sarebbe sufficiente a creare le condizioni per evitare una domanda di suicidio assistito in favore di istanze di accompagnamento verso una fine dignitosa della vita».

Competenza istituzionale. Mentre andiamo in stampa, nei primi giorni del 2024, la proposta di legge è stata assegnata all'esame della Commissione Sanità e Servizi sociali della Regione Piemonte, che ha chiesto «un parere tecnico all'ufficio legislativo dell'Assemblea». A novembre 2023, l'Avvocatura dello Stato aveva già pubblicato una dettagliata nota relativa alle proposte di legge (testo identico a quello piemontese) presentate in Friuli-Venezia Giulia e Veneto nella quale si confermava l'assoluta competenza legislativa statale in materia di suicidio assistito e temi collegati «per garantire uniformità di trattamento sul territorio nazionale e per ragioni imperative di uguaglianza». L'Avvocatura aveva concluso il suo parere non escludendo «rilevi di non conformità al quadro costituzionale», cioè, in definitiva, non dando garanzie che eventuali leggi regionali possano essere impugnate dal Governo.