



Cure palliative, prevenzione del suicidio e assistenza organizzata al suicidio

Rapporto del Consiglio federale

Berna, giugno 2011

Compendio

Da tempo al centro di diversi dibattiti, il delicato tema dell'accompagnamento alla morte attrae da oltre 20 anni l'interesse del mondo politico svizzero. La discussione, dapprima incentrata sull'eutanasia attiva (diretta e indiretta) e su quella passiva, si è poi estesa al concetto più ampio di aiuto al suicidio. Come per ogni tema che riguarda la vita, i toni delle discussioni sono stati estremamente accessi, le tendenze e le opinioni della classe politica e della società civile piuttosto diverse, persino contrastanti, e i rinvii numerosi.

Sia nel 2006 che nel 2007 il Consiglio federale è stato del parere che un'applicazione rigorosa del diritto in vigore avrebbe permesso di evitare qualsiasi abuso nell'assistenza organizzata al suicidio. Nel 2008 il Collegio governativo ha invece deciso di riprendere in mano il dossier in seguito alle reazioni suscitate nella popolazione e negli ambienti politici dalla mediatizzazione di alcuni suicidi assistiti ad opera di organizzazioni di aiuto al suicidio. Il Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP), incaricato di procedere al riesame della questione, ha quindi elaborato un avamprogetto di modifica degli articoli 115 del Codice penale CP e 119 del Codice penale militare (CPM) che prevedeva due varianti. La prima consisteva nel vincolare l'impunità dei responsabili e dei collaboratori delle organizzazioni di aiuto al suicidio al rispetto di alcune rigide condizioni, mentre la seconda proponeva il divieto assoluto dell'assistenza organizzata al suicidio. Le due varianti hanno sollevato pareri contrastanti in sede di procedura di consultazione; se da un lato la maggioranza dei partecipanti ha riconosciuto la necessità di legiferare a livello federale, dall'altro le soluzioni proposte per questo problema difficile e delicato sono state divergenti. Numerosi partecipanti hanno comunque colto l'occasione per esprimere l'urgenza di misure volte a rafforzare la prevenzione del suicidio e le cure palliative. Nel settembre del 2010, sulla base di questi risultati, il Consiglio federale ha incaricato il DFGP di preparare un progetto di modifica degli articoli 115 CP e 119 CPM che riprendesse la prima variante modificandola sostanzialmente, al fine di tener conto delle critiche che aveva suscitato. Parallelamente il Collegio governativo ha dato mandato al Dipartimento federale degli interni (DFI) di sottoporli una serie di misure volte a incentivare le cure palliative e la prevenzione del suicidio.

Dopo aver nuovamente analizzato la situazione, il DFGP e il DFI sono giunti alla conclusione che una modifica degli articoli 115 CP e 119 CPM non avrebbe sostanzialmente migliorato la situazione attuale. Al contrario, la sua introduzione avrebbe addirittura potuto produrre degli svantaggi, ad esempio conferendo alle organizzazioni di aiuto al suicidio una legittimazione ufficiale, relativizzando notevolmente il principio dell'intangibilità della vita umana, suscitando una serie di resistenze negli ambienti sanitari e sollevando un problema di incompatibilità con il principio di determinatezza della base legale. Al momento il DFGP e il DFI sono convinti che sia possibile contrastare gli abusi nell'ambito dell'assistenza al suicidio – aiuto al suicidio di persone incapaci di discernimento o in buona salute, fornitura di pentobarbitale sodico (NaP) senza prescrizione medica o stoccaggio illegale di tale sostanza – ricorrendo agli strumenti giuridici già in vigore.

Il rapporto si è occupato anche delle misure da adottare per ridurre il numero dei suicidi e, in via preliminare, ha sottolineato che l'invecchiamento della popolazione potrebbe causare un aumento del numero dei suicidi assistiti in particolare presso le persone anziane. Affinché un individuo possa decidere in maniera totalmente libera e determinata per il suicidio assistito, è necessario che sia a conoscenza delle altre possibilità a sua disposizione. Per queste ragioni, è necessario insistere con le misure, già in atto, volte a incentivare le cure palliative, la diagnosi tempestiva e il trattamento delle depressioni. L'insieme di questi provvedimenti deve contribuire a consolidare il diritto all'autodeterminazione delle persone; di fatto, conoscere meglio tutte le proposte di accompagnamento alla morte deve aiutare a rafforzare la libertà di scelta.

Indice

1.	Contesto e punti essenziali del progetto	5
1.1.	Riepilogo delle tappe principali del dossier	5
1.1.1.	In generale	5
1.1.2.	Mozione Ruffy (1994)	5
1.1.3.	Gruppo di lavoro (1997 – 1999).....	5
1.1.4.	Dibattiti parlamentari (2001 – 2004)	6
1.1.5.	Rapporti del DFGP (2004 – 2007)	6
1.1.6.	Elaborazione dell'avamprogetto (2008 – 2010)	7
1.1.7.	Valutazione dei risultati della procedura di consultazione (2010).....	7
1.1.8.	Tentativo di rielaborare l'avamprogetto (2010)	8
1.2.	Il suicidio e l'assistenza organizzata al suicidio in Svizzera	9
1.2.1.	Informazioni statistiche	9
1.2.2.	Il suicidio: cause e meccanismi	10
1.2.3.	Le organizzazioni di aiuto al suicidio attive in Svizzera.....	12
1.2.4.	Gli sviluppi recenti in materia di suicidio assistito	14
1.2.5.	Sondaggi.....	15
1.3.	Il dibattito politico.....	16
1.3.1.	A livello internazionale.....	16
1.3.2.	A livello federale.....	16
1.3.3.	A livello cantonale	17
1.4.	Regolamentazione attuale in materia di aiuto al suicidio e di accompagnamento alla morte	18
1.4.1.	Diritto internazionale e diritto costituzionale.....	18
1.4.2.	Articolo 115 del Codice penale.....	19
1.4.3.	Legislazione sugli stupefacenti e sugli agenti terapeutici.....	21
1.4.4.	Deontologia.....	23
1.4.5.	Regolamenti degli ospedali e delle case di cura	25
1.4.6.	La giurisprudenza.....	25
1.5.	Diritto comparato.....	26
1.5.1.	Germania	26
1.5.2.	Paesi Bassi	27
1.5.3.	Belgio.....	27
1.5.4.	Lussemburgo	28
1.5.5.	Francia	28
1.5.6.	Conclusione	28
2.	Risultati della procedura di consultazione e tentativo di modifica dell'articolo 115 AP-CP	28
2.1.	Mandato del Consiglio federale in seguito alla procedura di consultazione ...	28
2.2.	Condizioni da modificare in base alle critiche espresse in sede di consultazione	28
2.2.1.	Osservazioni preliminari	28
2.2.2.	Intervento di tre medici	29
2.2.3.	Malattia incurabile con prognosi di morte imminente	30
2.2.4.	Condizioni legate all'aspetto finanziario.....	30
2.3.	Elementi dell'avamprogetto che potrebbero decadere.....	31
2.3.1.	Articolo 115 capoverso 2 lettera a AP-CP (libera decisione, ben ponderata e costante)	31
2.3.2.	Articolo 115 capoverso 2 lettera g AP-CP (obbligo di allestire una documentazione completa)	31
2.3.3.	Articolo 115 capoverso 3 lettera a AP-CP (punibilità del responsabile dell'organizzazione per aver acconsentito a un aiuto illegale)	31
2.3.4.	Articolo 115 capoverso 3 lettera b AP-CP (punibilità del responsabile dell'organizzazione).....	31

2.3.5.	Articolo 115 capoverso 4 AP-CP (inadempimento intenzionale delle condizioni menzionate al cpv. 2 lett. a-f)	32
2.3.6.	Articolo 115 capoverso 5 AP-CP (inadempimento colposo delle condizioni menzionate al cpv. 2)	32
2.4.	Disposizione proposta in seguito alla consultazione	32
2.5.	Valutazione della soluzione proposta	32
3.	Consolidamento e divulgazione delle alternative al suicidio.....	33
3.1.	Premessa.....	33
3.1.1.	L'autodeterminazione in caso di suicidio assistito.....	34
3.1.2.	Conoscere le offerte di assistenza in fase terminale.....	34
3.1.3.	Condizioni per una decisione libera.....	34
3.1.4.	Conclusioni: necessità di rafforzare l'autodeterminazione in fase terminale ..	35
3.2.	Attività svolte, necessità d'intervento e possibili misure per consolidare l'autodeterminazione nella fase terminale della vita.....	35
3.2.1.	Rilevazione di basi scientifiche	35
3.2.2.	Cure palliative	37
3.2.3.	Diagnosi precoce e trattamento delle depressioni	39
3.2.4.	Impedire l'isolamento sociale	41
3.3.	Condizioni quadro giuridiche	41
3.3.1.	Rilevazione di basi scientifiche	42
3.3.2.	Attività d'informazione destinata ai Cantoni	42
4.	Conclusioni.....	43

1. Contesto e punti essenziali del progetto

1.1. Riepilogo delle tappe principali del dossier

1.1.1. In generale

I dibattiti sul delicato tema dell'accompagnamento alla morte non costituiscono una novità: da quasi 20 anni catturano l'interesse del mondo politico svizzero. Dapprima incentrata sull'eutanasia attiva (diretta o indiretta) e quella passiva, la discussione si è poi estesa all'aiuto al suicidio. Come per qualsiasi altro tema che riguarda la vita umana, i toni delle discussioni sono stati estremamente accesi, le tendenze e le opinioni della classe politica e della società civile molto diverse, persino contrastanti, e i rinvii numerosi.

1.1.2. Mozione Ruffy (1994)

Ad avviare il dibattito è stata la richiesta, formulata nella mozione Ruffy¹, di depenalizzare l'eutanasia attiva a severe condizioni, onde evitare che una persona affetta da una malattia incurabile e in fase terminale sia oggetto di un accanimento terapeutico. Nella sua risposta, il Consiglio federale ha ritenuto insufficienti le basi su cui sviluppare una discussione approfondita sul tema della fine della vita e ha proposto di creare un gruppo di lavoro che esaminasse in dettaglio le questioni legate all'argomento. Il 14 marzo 1996 il Consiglio nazionale ha accolto la mozione sotto forma di postulato.

1.1.3. Gruppo di lavoro (1997 – 1999)

Il 20 marzo 1997, il Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) ha istituito un gruppo di lavoro incaricato di esaminare le questioni giuridiche e concrete concernenti l'eutanasia. Nel suo rapporto pubblicato nel marzo del 1999, il gruppo ha formulato le seguenti raccomandazioni:

- il gruppo di lavoro è unanime nell'affermare che la medicina e le cure palliative, volte ad alleviare o anche eliminare i dolori e le sofferenze, vadano sviluppate;
- il gruppo di lavoro è unanime nel raccomandare al DFGP di regolamentare esplicitamente l'eutanasia passiva e quella attiva indiretta;
- la maggioranza del gruppo di lavoro raccomanda di aggiungere all'articolo 114 CP (omicidio su richiesta della vittima) un secondo capoverso che preveda, in determinati casi estremi ed eccezionali, un motivo di rinuncia al procedimento penale, a un rinvio o anche all'applicazione della pena;
- la minoranza del gruppo di lavoro raccomanda di rinunciare ad ammorbidire il divieto di uccidere, specialmente nell'ambito dell'articolo 114 CP.

Nel suo rapporto del 5 luglio 2000 all'attenzione del Parlamento, il Consiglio federale ha ricordato che il DFGP e il DFI avevano ricevuto il mandato di promuovere e sviluppare il più possibile la medicina e le cure palliative in occasione di riforme legislative della sanità pubblica. Inoltre ha proposto di adottare un disciplinamento legale sull'eutanasia passiva e su quella attiva indiretta, respingendo per contro l'idea di una normativa dell'eutanasia attiva diretta ai sensi del postulato Ruffy.

¹ Mozione Ruffy del 28 settembre 1994 (Morte assistita - Complemento del Codice penale svizzero; 94.3370).

1.1.4. Dibattiti parlamentari (2001 – 2004)

L'11 dicembre 2001, in occasione della trattazione delle iniziative parlamentari Cavalli² e Vallender³ nonché della mozione Zäch⁴, il Consiglio nazionale ha condotto un dibattito approfondito sulla necessità di legiferare in materia di eutanasia attiva (diretta e indiretta) e passiva. Ha infine respinto le due iniziative parlamentari, decidendo invece di dar seguito alla mozione Zäch⁵. Il 17 giugno 2003, il Consiglio degli Stati ha deciso di trasformare la mozione Zäch in postulato. Nel contempo ha approvato una mozione della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG-CS)⁶, che dava incarico al Consiglio federale di presentare delle proposte per un disciplinamento legale dell'eutanasia attiva indiretta e passiva nonché di adottare delle misure per promuovere la medicina palliativa⁷. Il 10 marzo 2004 la mozione della CAG-CS è stata adottata anche dal Consiglio nazionale. Dopo la votazione e visto che il dibattito si era essenzialmente sviluppato intorno al tema dell'eutanasia attiva e passiva, il consigliere nazionale Cina ha voluto precisare che il Consiglio federale avrebbe dovuto focalizzarsi soprattutto sull'aiuto al suicidio, ivi compresa la relativa assistenza medicalizzata⁸.

1.1.5. Rapporti del DFGP (2004 – 2007)

Nell'autunno del 2004, l'allora capo del DFGP ha istituito un gruppo di lavoro interno per dar seguito alla mozione della CAG-CS. In un primo tempo i lavori si sono concentrati sui problemi legati al cosiddetto «turismo del suicidio», ma in seguito lo studio è stato ampliato in risposta agli scambi intercorsi con esperti interni ed esterni. Il 24 aprile 2006 è stato pubblicato un rapporto⁹ contenente tutti gli aspetti sollevati dalla mozione. Tale rapporto dava seguito anche a un'altra mozione del Gruppo radicale liberale che invitava il Consiglio federale a proseguire l'approfondimento del tema¹⁰. Prendendo atto del rapporto, il 31 maggio 2006, il Collegio esecutivo ha formulato all'attenzione del Parlamento la raccomandazione di rinunciare a:

- emanare o integrare disposizioni legislative nel campo dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva;
- modificare l'articolo 115 CP;
- una normativa federale in materia di autorizzazione e vigilanza delle organizzazioni di aiuto al suicidio e del cosiddetto «turismo del suicidio».

Collegandosi alle conclusioni cui era giunto il DFGP, il Consiglio federale era del parere che eventuali abusi in materia di aiuto al suicidio potessero essere efficacemente impediti applicando in modo coerente il diritto in vigore, compito che spetta alle autorità di perseguimento penale. Nel corso della stessa seduta, il Collegio esecutivo aveva conferito mandato al DFGP, in collaborazione con il DFI, di sottoporgli entro fine 2006 un documento interlocutorio che:

- presentasse misure per prevenire gli abusi nell'ambito dell'aiuto al suicidio ed esaminasse una serie di proposte volte a inasprire le condizioni per la prescrizione e la somministrazione del narcotico pentobarbitale sodico in dosi letali (modifica della legge sugli stupefacenti);

² Iniziativa parlamentare Cavalli del 27 settembre 2000 (Punibilità dell'eutanasia attiva. Nuove disposizioni; 00.441).

³ Iniziativa parlamentare Vallender del 14 marzo 2001 (Istigazione e aiuto al suicidio. Modifica dell'articolo 115 CP; 01.407).

⁴ Mozione Zäch del 3 ottobre 2001 (Eutanasia. Colmare le lacune legali invece di ammettere l'omicidio; 01.3523).

⁵ Boll. Uff. **2001** N 1835.

⁶ Mozione della CAG-CS dell'11 aprile 2003 (Eutanasia e medicina palliativa; 03.3180).

⁷ Boll. Uff. **2003** S 618.

⁸ Boll. Uff. **2004** N 268.

⁹ DFGP, «Eutanasia e medicina palliativa: la Confederazione deve legiferare?», Berna, 24 aprile 2006.

¹⁰ Mozione del gruppo PRL del 16 giugno 2005 (Eutanasia: attività peritale; 05.3352).

- presentasse le misure prese o previste per promuovere la medicina palliativa e le relative cure.

Il 29 agosto 2007 il Consiglio federale ha preso atto del rapporto complementare del DFGP¹¹ e, al riguardo, ha deciso di:

- rinunciare a una modifica della legge sugli stupefacenti volta a prevenire eventuali abusi;
- incaricare il DFI di sottoporgli a tempo debito alcune proposte per incentivare la ricerca nel campo delle cure palliative attraverso un programma nazionale di ricerca (PNR) oppure altre opportune misure di promozione.

1.1.6. Elaborazione dell'avamprogetto (2008 – 2010)

In seguito alle vive reazioni del mondo politico e della popolazione ad alcuni casi di aiuto al suicidio¹², il 2 luglio 2008 il Consiglio federale ha incaricato il DFGP di esaminare l'opportunità di imporre alle organizzazioni di aiuto al suicidio il rispetto di requisiti minimi in materia di diligenza e di consulenza al paziente, come anche l'obbligo di presentare una documentazione, di applicare la garanzia della qualità nella selezione del personale e di gestire le proprie risorse in modo trasparente¹³. Il 17 giugno 2009, il Collegio governativo ha preso atto del rapporto del DFGP del 15 maggio 2009 e avviato un primo scambio di opinioni¹⁴. Il 28 ottobre 2009 ha quindi deciso di porre in consultazione un avamprogetto, accompagnato dal relativo rapporto esplicativo, articolato in due varianti: la prima vincolava l'impunità dei responsabili e dei collaboratori delle organizzazioni di aiuto al suicidio al rispetto di alcune rigide condizioni, mentre la seconda vietava totalmente l'assistenza organizzata al suicidio¹⁵. La procedura di consultazione si è conclusa il 1° marzo 2010.

1.1.7. Valutazione dei risultati della procedura di consultazione (2010)¹⁶

26 Cantoni, 13 partiti politici, 69 associazioni e 28 privati hanno partecipato alla procedura di consultazione, per un totale di 136 prese di posizione. Nella ponderazione dei risultati, i 28 pareri dei privati non sono stati considerati per evitare di sovraperponderarli rispetto a quelli dei Cantoni o delle associazioni. La sintesi pertanto si è basata su 108 pareri.

84 partecipanti, tra cui 22 Cantoni e 8 partiti, hanno riconosciuto la necessità di intervenire a livello federale in materia di aiuto al suicidio. Viceversa, 25 partecipanti, tra cui 4 Cantoni e 5 partiti, ritengono inutile adeguare le leggi federali, sostenendo che un'applicazione rigorosa del vigente articolo 115 CP è sufficiente a evitare eventuali abusi. Sebbene una grande maggioranza dei partecipanti condivide la necessità di legiferare a livello federale, non vi è alcuna intesa su come farlo: 35 partecipanti si sono pronunciati a favore di una soluzione conforme alla variante 1, 20 approvano invece un approccio che si rifaccia alla variante 2 e 22 sono del parere che una legge speciale si presterebbe meglio a disciplinare questa materia delicata e complessa. Di fatto le due varianti, così come proposte dal Consiglio federale, sono state scartate (72 partecipanti hanno respinto la variante 1 e 88 la variante 2).

Solo pochi partecipanti ritengono che la variante 1 sia praticabile in linea di principio, in quanto riprende sostanzialmente le direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche

¹¹ Rapporto del DFGP a completamento del rapporto «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?», Berna, luglio 2007.

¹² In merito ai suicidi assistiti che hanno suscitato una certa reazione si rimanda al n. 1.2.4 del presente rapporto.

¹³ Comunicato stampa del DFGP del 2 luglio 2008, «Organizzazioni che aiutano al suicidio: ulteriori approfondimenti».

¹⁴ DFGP, «Assistenza organizzata al suicidio: analisi approfondita delle possibilità e della necessità di intervenire sul piano legislativo», Berna, 15 maggio 2009; comunicato stampa del DFGP del 17 giugno 2009, «Primo scambio di opinioni in merito all'assistenza al suicidio».

¹⁵ DFGP, «Modifica del Codice penale e del Codice penale militare concernente l'assistenza organizzata al suicidio», rapporto esplicativo e avamprogetto, Berna, ottobre 2009.

¹⁶ DFGP, «Modifica del Codice penale svizzero (CP) e del Codice penale militare (CPM). Sintesi dei risultati della procedura di consultazione sul rapporto esplicativo e sull'avamprogetto concernente l'assistenza organizzata al suicidio», Berna, giugno 2010.

e della Commissione nazionale d'etica. Questa variante permetterebbe inoltre di fissare un quadro giuridico di riferimento per l'assistenza organizzata al suicidio, consentendo di armonizzare le attività di polizia. Ad eccezione di qualche osservazione positiva, la variante 1 ha raccolto molte critiche, in particolare le seguenti:

- è troppo complicata, poco chiara e non tiene adeguatamente conto delle esigenze dei cittadini;
- il coinvolgimento di tre medici nel processo (per constatare la capacità di discernimento del paziente, diagnosticare una malattia incurabile con prognosi di morte imminente e prescrivere il NaP) è stato ritenuto estremamente gravoso, inattuabile e addirittura vessatorio;
- il fatto di riservare l'accesso all'aiuto al suicidio soltanto a persone affette da una malattia incurabile con prognosi di morte imminente è inammissibile e discriminatorio. Inoltre questo criterio è difficilmente applicabile e rischia di dare adito alle pratiche più diverse;
- l'esame di soluzioni alternative non dovrebbe spettare agli assistenti al suicidio privi di formazione medica, bensì a un professionista sanitario;
- il controllo a posteriori del rispetto delle condizioni è quasi impossibile;
- legiferare nell'ambito dell'assistenza organizzata al suicidio equivale a legittimare l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio;
- le sanzioni previste sono eccessive, in particolare in caso di violazione di impegni amministrativi (obbligo di procurare i documenti, di sorvegliare il personale subalterno, ecc.).

Un numero esiguo di partecipanti è favorevole alla variante 2 in quanto metterebbe fine all'attività spesso discutibile delle organizzazioni di aiuto al suicidio, alla commercializzazione dei loro servizi e al cosiddetto turismo del suicidio. Altri hanno apprezzato la semplicità e la chiarezza di questa proposta, oltre al segnale che lancia in difesa della vita. Il resto degli interpellati, ossia una larga maggioranza, non sostiene questa variante principalmente perché:

- viola i principi tradizionalmente liberali della Svizzera e non tiene conto della realtà attuale, in particolare del fatto che una gran parte degli Svizzeri sostiene l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio;
- costituisce un'inammissibile ingerenza nel diritto alla libertà personale;
- rischia di relegare l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio alla clandestinità o all'illegalità.

Oltre alle varianti 1 e 2, diversi partecipanti hanno proposto la stesura di una legge speciale che disciplini nello specifico l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio. A tale proposito molti interpellati hanno chiesto che dette organizzazioni siano soggette all'obbligo di autorizzazione. Altri propendono invece per l'introduzione di una sorveglianza medica o di un controllo da parte di un'autorità. Altri ancora auspicano che le organizzazioni di aiuto al suicidio e i medici coinvolti nel processo di assistenza soddisfino determinati requisiti minimi, concernenti in particolare le modalità del loro intervento.

Alcuni partecipanti hanno approfittato della consultazione per chiedere alla Confederazione di proseguire nei suoi sforzi e di prendere tutte le misure necessarie per rafforzare la prevenzione del suicidio e lo sviluppo delle cure palliative in Svizzera. Alcuni hanno anche chiesto che tali cure siano rimborsate dall'assicurazione malattia obbligatoria.

1.1.8. Tentativo di rielaborare l'avamprogetto (2010)

Il 17 settembre 2010 il Consiglio federale ha preso visione del rapporto sui risultati della consultazione. Al termine della seduta, ha incaricato il DFGP di preparare un progetto di modifica dell'articolo 115 CP che riprendesse la variante 1 modificando l'articolo nel contenuto, per tener conto delle critiche espresse al riguardo dai partecipanti alla consultazione. Paralle-

lamente ha incaricato il DFI di sottoporgli una serie di misure complementari destinate a incentivare la medicina palliativa e la prevenzione del suicidio¹⁷.

Il DFGP si è quindi dedicato al difficile compito di riformulare l'articolo 115 CP con l'obiettivo di riprendere le proposte espresse dai partecipanti alla consultazione tenendo conto del fatto che la modifica avrebbe dovuto essere precisa e allo stesso tempo avere anche un impatto diretto sulla prassi attuale. Il risultato di questo lavoro e le relative conclusioni si trovano al capitolo 2.

Parallelamente il DFI, in collaborazione con il DFGP, ha elaborato alcune misure – di cui al capitolo 3 – per rafforzare la prevenzione del suicidio e le cure palliative.

1.2. Il suicidio e l'assistenza organizzata al suicidio¹⁸ in Svizzera

1.2.1. Informazioni statistiche

Secondo le più recenti statistiche, risalenti al 2007, in Svizzera sono stati registrati 1360 suicidi¹⁹ su 61 089 decessi²⁰. Con 15 suicidi su 100 000 abitanti, il nostro Paese si trova leggermente al di sotto della media dell'UE (15,5 suicidi su 100 000 abitanti²¹), nettamente dietro a Ungheria, Slovenia ed Estonia e circa allo stesso livello di Finlandia, Serbia, Francia, Polonia e Austria. Tra il 1995 e il 2006, il numero totale dei suicidi è restato relativamente stabile; tuttavia, un'analisi più attenta dei vari gruppi di popolazione indica chiaramente le due seguenti evoluzioni²²:

- mentre il numero dei suicidi presso gli uomini è costantemente diminuito, quello tra le donne è leggermente aumentato dal 1999;
- dal 1975, il numero di suicidi tra le persone di età inferiore ai 74 anni, e perfino fra gli uomini con meno di 84 anni, sono calati. Viceversa i suicidi sono aumentati in modo significativo tra le persone molto anziane.

Riassumendo, se il suicidio resta comunque una delle cause principali di mortalità tra le persone di età compresa tra i 15 e i 44 anni, il tasso di suicidi tra la popolazione più anziana è in costante aumento. Tale tendenza può essere in parte spiegata con l'invecchiamento demografico²³, ma anche con i progressi della medicina, grazie ai quali si vive più a lungo, ma spesso in condizioni difficili. Un recente studio dell'Ufficio federale di statistica (UST) ha stabilito ad esempio che il 67 per cento delle persone anziane ricoverate presso un istituto ha grosse difficoltà nell'espletare normali attività quotidiane come mangiare, vestirsi o andare al bagno e un quarto di loro presenta un handicap sensoriale²⁴. In queste condizioni è possibile che un anziano senta la voglia di morire, magari togliendosi la vita con i propri mezzi oppure facendo appello a un'organizzazione di aiuto al suicidio.

Sebbene non esistano statistiche ufficiali sull'assistenza organizzata al suicidio, le due principali organizzazioni di aiuto al suicidio attive in Svizzera, EXIT Deutsche Schweiz (più di 50 000 membri) e Dignitas (circa 5700 membri), pubblicano annualmente il numero dei mala-

¹⁷ Comunicato stampa dell'UFG del 17 settembre 2010, «L'assistenza organizzata al suicidio va disciplinata espressamente».

¹⁸ Per semplificare i «suicidi commessi con l'aiuto di un'organizzazione di aiuto al suicidio» saranno di seguito indicati come «suicidi assistiti».

¹⁹ UST, BFS Aktuell, *Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (BEVNAT) 2007*, Definitive Ergebnisse, Neuchâtel, 17 luglio 2008, pag. 6 (disponibile in tedesco e francese).

²⁰ Comunicato stampa dell'Ufficio federale di statistica del 23 marzo 2009, «Tassi di mortalità ancora in leggero calo», pag. 5.

²¹ Banca dati europea «Salute per tutti» dell'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione mondiale della Sanità.

²² UST, «Statistica delle cause di morte, Cause di mortalità 2005 e 2006», Neuchâtel 2008, pag. 12-14; cfr. anche UFSP, «Suicidio e prevenzione del suicidio in Svizzera. Rapporto in esecuzione del postulato Widmer (02.3251)», Berna, aprile 2005, pag. 10.

²³ Cfr. il rapporto dell'UFSP del 2005 (nota 22), pag. 10.

²⁴ Comunicato stampa dell'UST del 7 giugno 2010, «Stato di salute delle persone anziane in istituzione 2008/09. Quasi due residenti su cinque affetti da demenza».

ti terminali che hanno assistito nel suicidio. Negli ultimi anni, il totale dei suicidi assistiti si è mantenuto tra i 300 e i 350 casi l'anno, dopo aver registrato un'evoluzione significativa nei primi anni del 2000²⁵. Per le due organizzazioni menzionate, le cifre degli ultimi cinque anni sono le seguenti:

Org. \ Anno	2005	2006	2007	2008	2009	2010
EXIT Deutsche Schweiz	162	150	179	167	217	257
Dignitas	138	195	138	132	89	97
TOTALE	300	345	317	299	306	354

Contrariamente a EXIT Deutsche Schweiz e Dignitas, Exit ADMD Suisse romande (più di 15 000 membri) ed Ex International (circa 700 membri) non pubblicano sistematicamente i propri dati. Talvolta la stampa riporta alcune cifre, ma l'informazione resta sporadica e pertanto i dati corrispondenti si basano su semplici stime. Secondo le dichiarazioni della stessa Exit ADMD, nel 2005 l'organizzazione avrebbe aiutato a morire 50 persone; nel suo rapporto esplicativo del 2009²⁶, il DFGP ha calcolato che Ex International effettua da 12 a 20 suicidi assistiti l'anno²⁷. Ai totali riportati nella tabella occorrerebbe dunque aggiungere altri 60 casi circa per ottenere dei dati vicini alla realtà. Da quanto precede si deduce che, negli ultimi anni, le organizzazioni di aiuto al suicidio attive in Svizzera avrebbero aiutato mediamente 380 persone l'anno a porre fine alla propria vita. Basandosi sul 2008, l'anno più recente per il quale sono disponibili tutti i dati, si può stabilire che il suicidio assistito corrisponde allo 0,6 per cento del numero totale dei decessi registrati in Svizzera e al 28 per cento circa dei suicidi²⁸. Queste percentuali vanno considerate con prudenza in quanto le statistiche ufficiali sui suicidi prendono in considerazione solo le persone residenti nel nostro Paese, mentre le statistiche sui suicidi assistiti comprendono anche i residenti all'estero. Per avere un quadro ancora più realistico, sempre per l'anno 2008, occorrerebbe sottrarre i suicidi assistiti di cittadini stranieri che, in base alle informazioni fornite da Dignitas, sono stati 122. Ne consegue che la percentuale dei suicidi assistiti rispetto al totale dei suicidi commessi in Svizzera sarebbe del 18,5 per cento.

1.2.2. Il suicidio: cause e meccanismi

Sebbene da decenni il suicidio sia oggetto di varie ricerche, non esiste alcun modello teorico, unanimemente condiviso, che spieghi il comportamento suicida. Numerosi studi sono comunque riusciti a identificare una serie di fattori a rischio associati a questa tendenza. Tra questi vanno citati innanzitutto le caratteristiche individuali legate alla personalità (autostima, fiducia in se stessi, capacità relazionale, ecc.), alla fragilità psicologica e al vissuto (separazione, decessi, divorzio, malattia, perdita del lavoro). Le persone che hanno già tentato il suicidio costituiscono un gruppo a rischio a sé stante; per loro la probabilità di suicidarsi è di 40 volte superiore alla media della popolazione e resta molto alta per diversi anni. Le malattie psichiche, insieme ai tentativi di suicidio, sono il principale fattore di rischio. Il 90 per cento delle persone che si sono tolte la vita soffre di depressione, di un disturbo psichico diagnosticabile o di dipendenza da droghe²⁹. Infine un altro studio ha permesso di stabilire che la sofferenza è il motivo principale che spinge le persone a rivolgersi a un'organizzazione di

²⁵ Per l'evoluzione del fenomeno dall'inizio degli Anni '90, cfr. il rapporto del 2006 del DFGP (nota 9), pag. 30.

²⁶ Cfr. DFGP, Rapporto esplicativo 2009 (nota 15), pag. 10 nota 32.

²⁷ Questa stima sembra ancora più corretta di quella indicata in un articolo del Zeit Online, secondo cui Ex International pratica annualmente una dozzina di suicidi assistiti («Der Freundestod», in *Zeit Online* del 1° aprile 2009).

²⁸ Ossia 365/1313.

²⁹ Rapporto dell'UFSP, aprile 2005 (nota 22), pag. 18; cfr. anche M. Séguin, *Le suicide. Le comprendre pour mieux le prévenir*, Québec 2009, pag. 37 segg. compresi i riferimenti citati.

aiuto al suicidio. Inoltre anche la dipendenza dalle cure a lungo termine e i sintomi neurologici costituiscono fattori decisamente rilevanti³⁰.

Visto che nella maggior parte dei casi sono le persone anziane a rivolgersi a un'organizzazione di aiuto al suicidio, vale la pena citare alcuni studi che recentemente si sono occupati della problematica del suicidio nella terza età. La portata del fenomeno presso gli anziani è preoccupante: in tutti i paesi industrializzati il primato dei suicidi spetta agli over 75³¹ e la tendenza è all'aumento di anno in anno. Un recente studio, condotto nel Cantone di Zurigo, ha dimostrato che il rischio di suicidio presso gli over 80 è di quattro, cinque volte superiore a quello corso dalle persone di età compresa tra i 40 e i 49 anni³². Dal momento che la popolazione è destinata ad invecchiare sempre di più e conseguentemente il numero dei suicidi ad aumentare, numerosi ricercatori si sono occupati di tale tematica da troppo tempo trascurata. La maggioranza degli studi sembra concorde nell'affermare che il 76-89 per cento degli anziani suicidatosi soffre di un disturbo psichico che, in più della metà dei casi (dal 50 al 66 %), si è rivelato trattarsi di depressione. Anche i problemi fisici costituiscono un fattore di rischio; nel 62 per cento dei casi infatti si sarebbe trattato di persone che presentavano un deterioramento della salute fisica oppure che soffrivano di un cancro o di un'altra malattia cronica. Questo fattore incide in modo più significativo su questa fascia di età che sulle altre. Alcuni studi arrivano tuttavia alla conclusione che gli anziani suicidi non soffrivano di disturbi fisici peggiori dei loro coetanei deceduti per altre cause, ma in confronto presentavano un rischio di disordini psichiatrici ben maggiore³³. Sulla base di queste considerazioni, secondo uno studio³⁴ è possibile promuovere la prevenzione del suicidio presso le persone anziane se (1) il personale curante individuasse meglio i segnali di tendenze suicide³⁵, (2) ascoltasse di più gli anziani che esprimono propositi suicidi, (3) l'anziano potesse avere una serie di responsabilità nei confronti di altre persone (in particolare favorendo gli scambi intergenerazionali) o (4) fosse incoraggiato a raccontare la propria vita, le proprie esperienze per poter da un lato sentirsi oggetto di attenzione e dall'altro comprendere che non è semplicemente un vecchio ma che ha vissuto parecchi anni accumulando un bagaglio estremamente ricco.

Alcuni criticano il fatto che il suicidio assistito venga considerato alla stregua di un semplice suicidio sostenendo infatti che non si possa paragonare il suicidio cosiddetto «emotivo» o «impulsivo» (*Affekt- o Kurzschlussuizid* in tedesco) al suicidio «razionale» (*Bilanzuizid*). Nel primo caso, il proposito suicida nasce da un'emozione violenta che la persona non è in grado di dominare in quanto psicologicamente piuttosto fragile. Nel secondo caso, invece, il proposito di togliersi la vita è frutto di una lunga riflessione durante la quale la persona ha tratto un bilancio accurato di tutti i fattori in gioco ed è pertanto in possesso di tutte le facoltà mentali³⁶. Alcuni esperti sostengono tuttavia che una separazione netta tra questi due tipi di suicidio resta piuttosto teorica o, più precisamente, che il cosiddetto suicidio emotivo in senso stretto non esista³⁷. Di fatto il meccanismo del suicidio prevede tre fasi distinte: nella prima fase, quella della presa in considerazione (*Erwägung*), il suicidio è visto come una possibilità di sottrarsi a problemi reali o apparenti; nella seconda fase, quella della ponderazione (*Abwägung*), la persona vive una sorta di ambivalenza, di indecisione e di dissidio interiore

³⁰ S. Fischer *et al.*, *Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide*, in *Swiss Med Wkly*, 2009, 139 (23-24), pag. 333 segg.

³¹ L. Vanlaere/F. Bouckaert/C. Gastmans, *Care of suicidal older people: current clinical-ethical considerations*, in *Journal of Medical Ethics*, 2007, pag. 376; H. Cattel, *Suicide in the elderly* in *Advances in Psychiatric Treatment* (2000), vol. 6, pag. 102.

³² S. D. Klein/ C. Bischoff / W. Schweitzer, *Suicides in the canton of Zurich (Switzerland)*, in *Swiss Med Wkly*, 2010, 140, w13102.

³³ M. Séguin, *op. cit.* (nota 29), pag. 42 segg. inclusi i riferimenti citati.

³⁴ L. Vanlaere *et al.*, *op. cit.* (nota 31), pag. 379 segg.

³⁵ Il personale curante ha spesso la tendenza a considerare frasi come «ne ho abbastanza», «perché devo continuare a vivere» parte del processo di invecchiamento e quindi a sottovalutarle.

³⁶ Cfr. F. Th. Petermann, «Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention», in *PJA 2004*, pag. 1116 segg.; Exit Deutsche Schweiz, parere nell'ambito della consultazione in merito alla modifica del Codice penale e del Codice penale militare concernente l'assistenza organizzata al suicidio, pag. 30.

³⁷ D. Fenner, «Gibt es überhaupt den "Affekt-" oder "Kurzschlussuizid"?, in *e-Journal Philosophie der Psychologie*, ottobre 2007.

tra tendenze costruttive e distruttive; nella terza fase, quella della decisione (*Entschluss*), l'ambivalenza e il dissidio interiore lasciano il posto a un periodo di quiete, una sorta di «calma prima della tempesta», caratterizzata da un'apparente serenità. Sulla base di questo modello, il suicidio emotivo in senso stretto esisterebbe solo se le tre frasi descritte si concentrassero in un lasso di tempo estremamente breve, meccanismo che potrebbe scattare solo in personalità infantili, immature, esplosive e psicopatiche, nei bambini e negli adolescenti o in soggetti affetti da malattie mentali, da lesioni cranio-cerebrali o ancora sotto l'effetto di stupefacenti o alcol. In tutti gli altri casi, il suicidio presenta sempre una componente riflessiva che a volte può durare anni. In quest'ottica, il fatto che il proposito suicida sia stato espresso per un lungo periodo non garantisce comunque che la volontà di togliersi la vita sia stata accuratamente meditata, semmai il contrario.³⁸

1.2.3. Le organizzazioni di aiuto al suicidio attive in Svizzera

Si parla di suicidio assistito se chi si è tolto la vita è stato sostenuto, materialmente o psicologicamente, da una o più persone. La definizione implica che la persona che ha deciso di suicidarsi (il suicidante) lo abbia fatto in modo autonomo e meditato, in altri termini che sia in grado di discernere e abbia compiuto personalmente l'atto che provoca il decesso. In Svizzera il suicidio assistito si è diffuso soprattutto con la nascita delle cosiddette organizzazioni di aiuto al suicidio. Ufficialmente ce ne sono cinque: «EXIT (Deutsche Schweiz) Vereinigung für humanes Sterben» (EXIT DS), «EXIT – Association pour le droit de mourir dans la dignité» (EXIT ADMD), «Dignitas – Menschenwürdige leben - Menschenwürdige sterben» (Dignitas), Ex International e Verein SuizidHilfe.

Fondata il 3 aprile 1982 come associazione, **EXIT DS**, con i suoi 52 000 membri sparsi in tutta la Svizzera, è l'organizzazione di aiuto al suicidio più importante del Paese. Secondo l'articolo 2 del suo statuto (versione del 9 maggio 2009), EXIT DS riconosce il diritto all'autodeterminazione dell'essere umano nella vita e per la morte e sostiene i suoi membri nel far rispettare questo diritto. EXIT DS si propone inoltre di contrastare l'accanimento terapeutico, incoraggiando i suoi membri a redigere un testamento biologico. Secondo l'articolo 3, solo le persone maggiorenni, capaci di intendere e volere, di nazionalità svizzera oppure residenti in Svizzera, possono essere accolte come membri da EXIT. La quota annuale è di 45 franchi mentre quella di membro a vita ammonta a 900 franchi. Conformemente all'articolo 8, i membri del Comitato direttivo svolgono la loro attività su base volontaria, comunque possono percepire un'indennità. Il lavoro che esula dall'attività ordinaria della direzione è contrattualmente regolato e adeguatamente remunerato. In base all'ultimo rapporto d'attività³⁹, il presidente e il vice presidente, il responsabile dell'accompagnamento al suicidio assistito e il responsabile delle finanze percepiscono annualmente 46 294 franchi, mentre il responsabile della comunicazione 98 781 franchi. Secondo l'articolo 2 dello statuto, è possibile procedere al suicidio assistito solo in caso di prognosi priva di speranza, di dolori insopportabili o di menomazioni insostenibili. Nel 2009, le 217 persone ricorse al suicidio assistito presentavano le prognosi seguenti: 93 erano affette da un cancro, 47 da polimorbilità, 9 da malattie croniche, 5 da sclerosi laterale amiotrofica, 3 da emorragia cerebrale, 7 da sclerosi a placche, 6 dal morbo di Parkinson, 2 da malattie psichiche, 17 da dolori cronici, 2 da un inizio di demenza, 9 da malattie polmonari, 3 da polineuropatie, 3 da tetraplegie, 3 da malattie agli occhi, 8 da altre patologie. La sostanza utilizzata per il suicidio è il pentobarbitale sodico (NaP)⁴⁰. Se il suicidante è in grado di farlo, può bere direttamente il NaP, altrimenti si effettua una flebo o si applica una sonda nasogastrica. In questi ultimi due casi la persona azionerà il processo di iniezione e dunque avrà il controllo effettivo dell'azione.

EXIT ADMD è l'omologa romanda di EXIT DS. L'associazione, fondata il 23 gennaio 1982, conta attualmente più di 15 000 membri. Secondo l'articolo 3 dello statuto (versione del 17 aprile 2010), l'obiettivo di EXIT ADMD è promuovere il diritto dell'essere umano a disporre liberamente della propria persona, del proprio corpo e della propria vita. Per raggiungere tale

³⁸ D. Fenner, *op. cit.* (nota 37), pag. 15 inclusi i riferimenti citati.

³⁹ EXIT Info 1/2010, pag. 29 (disponibile solo in tedesco).

⁴⁰ Per lo statuto giuridico del NaP e per la sua applicazione cfr. n. 1.4.3.

scopo, l'associazione può in particolare presentare iniziative, depositare petizioni e intervenire a livello politico, organizzare e/o partecipare a dibattiti pubblici e assicurare un'assistenza all'«autoliberazione» (*autodélivrance*⁴¹) dopo aver esaminato la domanda. In base all'articolo 8, i membri devono essere maggiorenni e risiedere in Svizzera⁴². La quota annuale è di 40 franchi per chi è ancora in età lavorativa, di 35 franchi per chi è in pensione. Conformemente all'articolo 36 dello statuto, i membri del Comitato direttivo eseguono il loro mandato a titolo volontario, ma le spese che si assumono per espletare il loro compito sono integralmente rimborsate e inoltre possono essere indennizzati per la perdita di guadagno direttamente connessa all'espletamento del loro mandato. Nella stessa disposizione si precisa che un'attività collegata all'assistenza all'autoliberazione non può avvenire a titolo remunerativo. EXIT ADMD dà seguito a una domanda di autoliberazione solo se la persona che la presenta è in grado di intendere e volere, soffre di una malattia incurabile con una prognosi letale o di un'invalidità permanente e pertanto patisce sofferenze fisiche e psichiche intollerabili e infine se la sua richiesta è seria e reiterata. EXIT ADMD sottolinea che i criteri di invalidità comprendono l'impossibilità permanente di compiere in modo autosufficiente diversi atti quotidiani come vestirsi, lavarsi, andare a letto, mangiare, curare la propria igiene personale, andare in bagno, spostarsi o essere affetto da sordità o cecità⁴³.

L'associazione **Dignitas** è stata fondata il 17 maggio 1998. Attualmente l'associazione annovera circa 5700 membri. In base all'articolo 2 dello statuto (versione del 31 maggio 2007), l'obiettivo di Dignitas è di garantire ai suoi membri una vita e una morte dignitose e di trasmettere questi valori ad altre persone. Per raggiungere tale obiettivo, l'associazione procura ai suoi membri un testamento biologico giuridicamente valido e garantisce loro, una volta soddisfatti determinati criteri, un'assistenza al suicidio da parte di personale qualificato. L'articolo 2 precisa inoltre che l'associazione non persegue alcuno scopo commerciale o egoistico. Dal 1° gennaio 2008, e conformemente all'articolo 9 dello statuto, la quota di adesione ammonta a 200 franchi, quella annuale dei membri in età lavorativa a 200 franchi, quella dei membri del Comitato consultivo (*Kuratoriumsmitglieder*) a 500 franchi, quella dei membri destinatari (*Destinatär-Mitglieder*) a 80 franchi. I membri che richiedono la preparazione a un suicidio assistito devono versare 3000 franchi per le spese amministrative, coloro che intendono anche essere accompagnati nella fase terminale della propria vita devono pagare altri 3000 franchi sempre per le spese amministrative e quanti delegano a Dignitas l'incombenza di sbrigare le formalità di prassi presso i servizi funerari e dello stato civile sono tenuti a corrispondere un importo supplementare pari a 1500 franchi. L'articolo 9 precisa inoltre che i membri con una situazione finanziaria delicata possono essere totalmente o parzialmente esentati dall'obbligo di pagare la quota di adesione e/o quella annuale depositando presso la segreteria generale una domanda circostanziata in tal senso. Inoltre, alle stesse condizioni, possono essere sollevati anche dal pagamento delle spese supplementari. Dal 2001, chi assiste il malato nella fase terminale non lo fa più a titolo volontario. Tenuto conto del consistente aumento delle domande di suicidio assistito, gli assistenti al suicidio hanno diritto, oltre al rimborso delle spese, a un compenso per occuparsi del malato, per i colloqui con il malato stesso e i suoi congiunti e per l'assistenza vera e propria al suicidio⁴⁴. In base all'articolo 4, i membri hanno il diritto di chiedere un accompagnamento al suicidio qualora intendano porre fine a sofferenze inutili o nel caso in cui continuare a vivere sarebbe insopportabile per loro⁴⁵. Contrariamente a EXIT DS ed EXIT ADMD, Dignitas non fornisce il

⁴¹ Il termine «autodélivrance» viene qui ripreso per scrupolo di precisione, in quanto figura a più riprese nello statuto. È stato creato da EXIT ADMD per sostituire il termine «suicidio» e indica in particolare il fatto di darsi la morte quando la malattia di cui si soffre o le sofferenze di cui si è vittima rendono insopportabile continuare a vivere.

⁴² Contrariamente allo statuto, il sito internet di EXIT ADMD (<http://www.exit-geneve.ch/index.html>) indica che occorre aver compiuto 20 anni.

⁴³ Cfr. EXIT ADMD, *1982 – 2007, 25 ans d'engagement pour le droit de mourir dans la dignité*, edizione speciale del bollettino di febbraio 2007 (disponibile solo in francese), pag. 15 segg.

⁴⁴ P. Venetz, *Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*, Zurigo 2008, pag. 40 incluso il riferimento citato.

⁴⁵ Il sito di Dignitas (<http://www.dignitas.ch/>) precisa comunque che la persona deve essere affetta da una malattia incurabile, da un handicap intollerabile o soffrire dolori insopportabili.

suo sostegno solo ai cittadini svizzeri o a persone residenti nel nostro Paese, pertanto la maggioranza delle persone che si rivolgono a questa organizzazione sono stranieri⁴⁶.

Ex International è stata fondata nel 1996. Il sito internet fornisce poche informazioni sull'organizzazione. Tuttavia, secondo un articolo di Zeit Online⁴⁷, pare conti circa 700 membri, quasi tutti di nazionalità tedesca. Stando alle dichiarazioni della presidente di Ex International, i membri non devono pagare alcuna quota e chi si occupa dell'aiuto al suicidio ha diritto solo al rimborso di spese minute. Un membro può ricorrere al suicidio assistito se se ne assume tutti i costi e, in base a una diagnosi medica, è affetto da una malattia insopportabile molto probabilmente letale.

Verein Suizidhilfe è stata fondata il 17 gennaio 2002 a Zurigo da un membro di EXIT DS, lo psichiatra Peter Baumann, con il proposito di estendere in modo meno restrittivo l'aiuto al suicidio anche ai malati psichici⁴⁸. Lo psichiatra zurighese è stato condannato per omicidio intenzionale ai sensi dell'articolo 111 CP in quanto ha aiutato a suicidarsi alcune persone incapaci di discernimento⁴⁹. Secondo l'articolo 2.1 dello statuto, l'obiettivo dell'associazione è permettere alle persone in grado di intendere e volere di decidere liberamente di porre fine alla propria vita. In base all'articolo 2.3, Verein Suizidhilfe mette in contatto tali persone con una figura di riferimento il cui compito consiste nella preparazione e nella pianificazione del suicidio. La persona di riferimento conduce diversi colloqui per chiarire le motivazioni del suicidante e il contesto della richiesta. L'articolo 2.4 precisa inoltre che l'associazione sviluppa le conoscenze nell'ambito di metodi di suicidio dignitosi che rendono superfluo l'intervento di un medico. La quota ammonta a 35 franchi per i membri di EXIT e a 70 per tutti gli altri. Non esistono altri dati ufficiali sul Verein Suizidhilfe, tanto meno sul numero dei suoi membri e dei suicidi assistiti praticati.

1.2.4. Gli sviluppi recenti in materia di suicidio assistito

Dopo la pubblicazione, nel 2006 e nel 2007, di due rapporti del Consiglio federale⁵⁰, alcune autorità cantonali hanno utilizzato i mezzi a loro disposizione per aumentare la sorveglianza sulle organizzazioni di aiuto al suicidio, alcune delle quali si sono viste in parte costrette a modificare, almeno temporaneamente, alcune loro pratiche.

Il 31 gennaio 2008, il medico cantonale del Cantone di Zurigo ha informato Dignitas che la prescrizione di NaP da parte di un medico dopo una sola visita era contraria agli obblighi di diligenza legati alla professione medica e che qualsiasi violazione di tali obblighi sarebbe stata perseguita a norma di legge. Come prima reazione all'informativa, Dignitas ha aiutato a morire quattro persone, previa visita medica, senza utilizzare il NaP e quindi senza una ricetta medica obbligatoria, ma ricorrendo al «metodo a base di elio», un gas che elimina l'ossigeno nei polmoni, induce il coma e provoca infine il decesso. Al riguardo, il responsabile di Dignitas ha tenuto a precisare che il gas non è stato somministrato calando un sacchetto di plastica sulla testa del malato, come a torto riportato dai mass media, bensì mediante una maschera respiratoria⁵¹. Dal momento che questo metodo comportava inconvenienti piuttosto gravi, l'organizzazione ha rinunciato all'utilizzo dell'elio e da allora ha sempre sottoposto il malato a due visite mediche, a distanza di qualche giorno l'una dall'altra, prescrivendo il NaP solo al termine della seconda. Nel 2007, alcune autorità comunali hanno comunque vietato a Dignitas di praticare l'aiuto al suicidio in determinati luoghi. Per reazione, l'organizzazione ha condotto alcuni suicidi assistiti, con il consenso dell'interessato, in camere d'albergo o sui veicoli dei suicidi⁵², sollevando una forte indignazione presso la popolazio-

⁴⁶ Nel 2009, 35 cittadini tedeschi, 27 britannici, 7 francesi, 3 austriaci e 2 svizzeri si sono affidati a Dignitas per usufruire di un'assistenza al suicidio (Dignitas, *Freitodbegleitungen nach Jahr und Wohnsitz*, stato al 31.12.2009).

⁴⁷ «Der Freundestod», in *Zeit Online* del 1° aprile 2009.

⁴⁸ Cfr. «Tre anni di prigione per assistenza al suicidio», in *Swissinfo.ch* del 6 luglio 2007.

⁴⁹ Sentenze del Tribunale federale dell'11 giugno 2009 6B_48/2009 e 6B_14/2009.

⁵⁰ Cfr. DFGP, rapporto 2006 (nota 9) e rapporto 2007 (nota 11).

⁵¹ Al riguardo cfr. Dignitas, *Wie funktioniert Dignitas?*, opuscolo informativo di dicembre 2008, pag. 15 segg.

⁵² Cfr. il parere di Dignitas dell'8 febbraio 2010 redatto nel quadro della procedura di consultazione, pag. 7 segg.

ne, il mondo politico e i mass media. Il 25 gennaio 2007, Dignitas è stata iscritta d'ufficio nel registro di commercio come associazione che esercita un'attività commerciale (art. 61 cpv. 2 Codice civile⁵³). Il 6 settembre 2010, il Tribunale federale ha confermato che non è contrario alla legge negare a Dignitas l'autorizzazione a utilizzare un appartamento in un'importante zona residenziale, nelle immediate vicinanze di un giardino d'infanzia, di una scuola professionale e di una casa di cura⁵⁴.

Indipendentemente dalla pubblicazione dei citati rapporti del Consiglio federale, a preoccupare il mondo politico sono state alcune informazioni legate all'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Per cominciare, EXIT DS e Dignitas hanno dichiarato di prestare ogni anno aiuto al suicidio anche ad alcuni malati psichici⁵⁵. Nel 2008 EXIT DS aveva persino preso in considerazione la possibilità di offrire i propri servizi anche alle persone stanche di vivere⁵⁶. Alla stessa stregua, Verein Suizidhilfe sembrava intenzionata ad estendere il suo aiuto a una cerchia di persone piuttosto vasta senza tener conto del loro stato di salute. Infine, nel febbraio 2009 EXIT ADMD ha depositato presso il Cantone di Vaud un'iniziativa popolare sostenuta da 14 087 firme valide, per chiedere che le case di riposo per anziani sovvenzionate dallo Stato autorizzassero l'aiuto al suicidio, sempre che gli ospiti desiderassero fare ricorso ai servizi di un'organizzazione di aiuto al suicidio. Al fine di alimentare il dibattito politico, nel settembre del 2010 EXIT DS ha anche lanciato una campagna pubblicitaria su Schweizer Fernsehen e Tele Züri. In questi spot, diverse personalità della Svizzera tedesca sottolineano l'importanza che ha per loro conservare la libertà di decisione anche nella fase terminale della propria vita⁵⁷. Infine, un altro aspetto spesso controverso è la questione del finanziamento e dell'organizzazione di queste associazioni.

1.2.5. Sondaggi

In Svizzera sono stati condotti due sondaggi sulla questione dell'accompagnamento alla morte:

- il primo è stato pubblicato il 29 marzo 2010 dall'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP)⁵⁸. Secondo questo studio, il 34 per cento degli intervistati potrebbe prendere in considerazione di ricorrere all'aiuto al suicidio. Il 54 per cento è contrario all'assistenza di questo tipo mentre il 13 per cento non ha espresso un'opinione al riguardo. Lo studio fa notare che proprio le persone di oltre 65 anni (66 %) si sono più spesso dette nettamente contrarie all'aiuto al suicidio. Inoltre, il 44 per cento degli intervistati potrebbe ricorrere senza problemi alle cure palliative se dovesse soffrire di una malattia incurabile, mentre il 33 per cento prevederebbe di utilizzarle;
- il secondo, intitolato «*Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält*»⁵⁹, è stato pubblicato il 2 settembre 2010 dall'Istituto di criminologia dell'Università di Zurigo. La stragrande maggioranza degli intervistati si è espressa a favore dell'aiuto al suicidio. La motivazione principale di tale posizione è stata indicata nella libertà personale. Il sondaggio mostra inoltre che la maggioranza degli interpellati è favorevole all'attività degli assistenti al suicidio che agiscono nell'ambito di un'organizzazione legalmente autorizzata.

⁵³ RS 210.

⁵⁴ Sentenza del Tribunale federale del 6 settembre 2010 (1C_66/2010), consid. 4.

⁵⁵ Cfr. DFGP, Rapporto esplicativo 2009 (nota 15), pag. 9 inclusi i riferimenti citati.

⁵⁶ La proposta di modifica dello statuto che avrebbe permesso a EXIT DS di prestare assistenza al suicidio a persone molto anziane desiderose di morire è stata comunque respinta in occasione dell'assemblea generale del 2009.

⁵⁷ Cfr. EXIT DS, comunicato stampa del 14 settembre 2010, spot televisivi di EXIT con Rolf Lyssy; «EXIT s'offre des spots télévisés pour l'aide au suicide», in *Le Matin* del 15 settembre 2010.

⁵⁸ UFSP, Sondaggio cure palliative, comunicato stampa del 29 marzo 2010. Il sondaggio è stato condotto su un campione di 1600 persone (900 Svizzeri tedeschi, 400 Romandi e 300 Ticinesi), di età superiore ai 15 anni.

⁵⁹ C. Schwarzenegger/P. Manzoni/D. Studer/C. Leanza, *Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält*, Zurigo, 2 settembre 2010. Il sondaggio è stato condotto su un campione di 1464 persone (1063 Svizzeri tedeschi, 348 Romandi e 53 Ticinesi) di età superiore ai 15 anni. L'autore dello studio precisa comunque che il tasso di ritorno è stato solo del 63 %, il che corrisponde ad un numero di risposte accettabili pari a 922. In particolare, si sono rifiutati di rispondere i giovani, le persone anziane e malate oppure chi ha vissuto un decesso nella propria cerchia affettiva.

Questa volontà vale sia nel caso di malati terminali decisi a togliersi la vita sia per i suicidi commessi da pazienti affetti da polimorbilità o anche dal morbo di Alzheimer⁶⁰.

1.3. Il dibattito politico

1.3.1. A livello internazionale

In seguito all'esame del Terzo rapporto periodico della Svizzera in merito al Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, il Comitato dei diritti dell'uomo delle Nazioni Unite ha espresso preoccupazione per la mancanza di un meccanismo di controllo indipendente o giudiziario che determini se una persona che cerca assistenza per suicidarsi stia agendo sulla base di un consenso totalmente libero e informato. Pertanto ha raccomandato alla Svizzera di prendere in considerazione la modifica della propria legislazione al fine di assicurare un meccanismo di controllo in tal senso⁶¹. La Svizzera ha replicato spiegando che ogni suicidio viene annunciato all'autorità competente come morte non naturale e straordinaria. Quindi le autorità incaricate dell'istruzione penale stabiliscono nella fattispecie se si tratta di un suicidio, ossia se la persona deceduta ha effettivamente avuto padronanza dell'atto. Le autorità verificano inoltre se l'interessato è giunto alla decisione di suicidarsi e ha espresso la sua determinazione senza subire pressioni da terzi. Infine, se effettivamente si tratta di un suicidio, le autorità devono anche stabilire in che misura sono presenti gli altri elementi costitutivi dell'infrazione di cui all'articolo 115 CP.

1.3.2. A livello federale

In seguito alla pubblicazione, nel 2006 e nel 2007, dei due citati rapporti e alla decisione del Consiglio federale di non legiferare a livello federale, diversi parlamentari hanno presentato numerosi interventi allo scopo di rilanciare il dibattito:

- iniziativa parlamentare Egerszegi-Obrist 06.453 «Disciplinare l'eutanasia in una legge» del 23 giugno 2006: il 23 maggio 2008, la Commissione degli affari giuridici del Consiglio nazionale ha sospeso l'esame dell'iniziativa in attesa della decisione del Consiglio federale in merito al seguito da dare al dossier;
- interpellanza Aeschbacher 06.3606 «Nessuna necessità di intervento della Confederazione nell'ambito del "turismo del suicidio"?» del 6 ottobre 2006;
- mozione Glanzmann-Hunkeler 07.3626 «Vigilanza sulle associazioni di aiuto al suicidio» del 3 ottobre 2007: tolta di ruolo il 25 settembre 2009;
- mozione Stadler 07.3163 «Base legale per la vigilanza sulle organizzazioni di aiuto al suicidio» del 22 marzo 2007: accolta dal Consiglio degli Stati il 21 giugno 2007, per contro il suo esame è stato sospeso il 23 maggio 2003 dalla Commissione degli affari giuridici del Consiglio nazionale, in attesa della decisione del Consiglio federale in merito al seguito da dare al dossier;
- iniziativa parlamentare Aeschbacher 07.480 «Stop al turismo della morte nel nostro Paese» del 5 ottobre 2007: tolta di ruolo il 10 giugno 2010;
- mozione Flückiger-Bäni 07.3866 «Addossare i costi alle organizzazioni di aiuto al suicidio» del 21 dicembre 2007: tolta di ruolo l'11 dicembre 2009;
- mozione Aeschbacher 08.3300 «Punire l'istigazione e l'aiuto al suicidio» del 10 giugno 2008: ritirata il 3 marzo 2010;
- mozione Flückiger-Bäni 08.3427 «Divieto temporaneo dell'aiuto al suicidio» del 13 giugno 2008: respinta il 3 marzo 2010;
- postulato Berberat 10.4163 «Per un dibattito serio e approfondito e la ricerca di soluzioni in materia di eutanasia attiva diretta»: ritirato il 7 giugno 2011;

⁶⁰ Cfr. C. Schwarzenegger/P. Manzoni/D. Studer/C. Leanza, *op. cit.* (note 59), pag. 8 e seg.

⁶¹ Osservazioni conclusive del Comitato dei diritti dell'uomo, 3 novembre 2009.

- postulato Recordon 10.4165 «Legislazione sull'assistenza al suicidio»: il Consiglio federale propone di accogliere il postulato.

1.3.3. A livello cantonale

Come reazione alla pubblicazione dei due rapporti sull'eutanasia e alle decisioni del Consiglio federale, il Cantone di Zurigo, tra le mete preferite del turismo del suicidio, ha sollecitato una normativa federale in materia di vigilanza sulle organizzazioni di aiuto al suicidio e regole chiare per il loro controllo⁶². Sono seguiti diversi interventi sul tema presentati a livello cantonale. Citiamo tra gli altri l'interrogazione urgente *Rechtslage und Massnahmen bezüglich Eingrenzung der Sterbehilfe im Kanton Zürich* del 12 febbraio 2007, l'interpellanza *Missstände bei der Suizidbegleitung* del 23 gennaio 2008 e il postulato (urgente) «*Schluss mit den Aktivitäten von Dignitas*» del 31 marzo 2008⁶³. Il 7 luglio 2009 il Ministero pubblico del Cantone di Zurigo ed EXIT Deutsche Schweiz hanno firmato una convenzione sull'assistenza organizzata al suicidio con una serie di regole deontologiche volte a impedire, nei limiti del possibile, le pratiche abusive. Tali regole vertevano sulle modalità di esecuzione dell'assistenza al suicidio e in particolare sull'esame e la documentazione delle condizioni di un eventuale accompagnamento. Inoltre imponevano il ricorso esclusivamente al NaP, regolandone l'utilizzo. In tale contesto EXIT si impegnava infine a rendere pubblici e trasparenti i suoi mezzi finanziari e la sua organizzazione. Il 16 giugno 2010 il Tribunale federale ha dichiarato nulla detta convenzione⁶⁴.

Nel Cantone di Argovia il Consiglio di Stato, in un messaggio relativo ad una nuova legge in materia sanitaria⁶⁵, ha rinunciato a introdurre disposizioni sull'aiuto al suicidio, ritenendo che non fosse realmente necessario intervenire per regolamentare questo tipo di assistenza, visti gli strumenti già disponibili e gli sviluppi in corso. Ha invece creato una base giuridica nel suo Codice di procedura penale per poter addebitare i costi dell'istruzione penale a coloro che praticano l'aiuto al suicidio. Il 17 giugno 2008 il Cantone di Argovia ha presentato un'iniziativa cantonale con cui invitava l'Assemblea federale a prendere misure adeguate per impedire lo sfruttamento a fini economici dell'aiuto al suicidio e a emanare disposizioni vincolanti per regolamentare il suicidio medicalmente assistito su tutto il territorio nazionale⁶⁶. Alla fine di maggio 2009 l'UDC di Zurigo ha presentato due iniziative cantonali contro il turismo del suicidio e il suicidio assistito. La prima chiedeva di vietare qualsiasi forma di suicidio assistito per persone che vivono nel Cantone di Zurigo da meno di un anno; la seconda incaricava la Confederazione di vietare qualsiasi forma di suicidio assistito. Il 15 maggio 2011, il popolo ha nettamente respinto entrambe le iniziative⁶⁷.

Il Consiglio di Stato del Cantone di Vaud ha elaborato un controprogetto⁶⁸ all'iniziativa popolare depositata da EXIT ADMD⁶⁹, secondo il quale le case di riposo per anziani di interesse pubblico non possono opporsi al fatto che un suicidio assistito avvenga nella loro struttura se sono soddisfatte determinate condizioni. In particolare occorre che: la richiesta di togliersi la vita sia stata manifestata ripetutamente e sia una libera scelta dell'interessato; il medico responsabile del trattamento ospedaliero o della casa di riposo certifichi, d'intesa con l'équipe curante, che il suicidante sia in grado di discernimento, soffra di una grave malattia incurabile

⁶² Cfr. *NZZ am Sonntag* del 4 giugno 2006, pag. 17, in cui il consigliere di Stato Markus Notter chiedeva in particolare di introdurre l'obbligo di documentare i casi di suicidio assistito e di valutare la volontà di morire, nonché l'analisi della situazione finanziaria e delle conoscenze specialistiche delle organizzazioni.

⁶³ Nella sua risposta del 7 maggio 2008, il governo zurighese ha nuovamente rinviato a una soluzione federale per quanto riguarda una regolamentazione della sorveglianza. Cfr. al riguardo il verbale del governo del Cantone di Zurigo, seduta del 7 maggio 2008, KR 119/2008, pag. 7.

⁶⁴ DFT 136 II 415.

⁶⁵ Messaggio del 21 maggio 2008 (08.141) del Consiglio di Stato del Cantone di Argovia al Gran Consiglio.

⁶⁶ Iniziativa cantonale 08.317 (Aiuto al suicidio. Modifica dell'articolo 115 del Codice penale); attualmente nel Parlamento del Cantone di Basilea Campagna si sta discutendo un'iniziativa cantonale dal contenuto simile.

⁶⁷ L'iniziativa «Nein zum Sterbetourismus» è stata respinta dal 78,4 % e l'iniziativa «Stopp der Suizidhilfe» dall'84,5 % dei votantes votants

⁶⁸ Cfr. *Rapport explicatif sur l'avant-projet de loi modifiant la loi du 29 mai 1985 sur la santé publique en tant que contre-projet à l'initiative législative «Assistance au suicide en EMS»*, Cantone di Vaud.

⁶⁹ Cfr. n. 1.2.4.

bile o dei postumi di un incidente e persista nel proposito di togliersi la vita; siano state discusse con lui eventuali alternative, in particolare legate alle cure palliative, e che quest'ultimo le rifiuti. Il controprogetto prevede che il medico debba predisporre una perizia psichiatrica se sospetta che la richiesta sia influenzata da turbe psichiche e che, in caso di dubbio oppure se non vi è accordo sulla capacità di discernimento del richiedente, debba ottenere il parere di un medico autorizzato dal Dipartimento su proposta delle associazioni mantello. Il 15 maggio 2011, il popolo ha nettamente respinto queste due iniziative.

Nel 2008 la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha espresso un parere⁷⁰ sulla regolamentazione della vigilanza che riprende le conclusioni a cui è giunta la maggioranza dei Cantoni, ossia che non occorrono nuove disposizioni legali a livello federale. Secondo il segretario generale della CDS, le esperienze in materia di assicurazione della qualità in ambito sanitario indicano che simili regole comportano un forte aumento della burocrazia ma nessun controllo efficace della qualità. Per non incrementare il rischio di un ulteriore «impulso alla legittimazione» è più importante promuovere in via prioritaria la formazione specialistica del personale addetto alle cure e l'attuazione delle direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM).

1.4. Regolamentazione attuale in materia di aiuto al suicidio e di accompagnamento alla morte

1.4.1. Diritto internazionale e diritto costituzionale

Fino a poco tempo fa, i dibattiti sull'assistenza organizzata al suicidio si concentravano solo sull'articolo 115 CP. È vero che da questa disposizione dipende la legittimazione delle organizzazioni di aiuto al suicidio, pertanto deve essere analizzata attentamente, tuttavia non si deve dimenticare che al livello superiore della legge ci sono le convenzioni internazionali, in particolare la Convenzione del 4 novembre 1950 per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (CEDU) e il Patto II dell'ONU, nonché la Costituzione federale (Cost.). Ebbene, anche questi testi sono importanti per determinare il ruolo dello Stato nei confronti dei malati terminali o di coloro che intendono togliersi la vita.

Il dovere principale dello Stato è proteggere la vita umana da qualsiasi attacco. Tale principio si ispira all'articolo 2 CEDU («Il diritto alla vita di ogni persona è protetto dalla legge. Nessuno può essere intenzionalmente privato della vita [...]»), all'articolo 6 del Patto II dell'ONU («Il diritto alla vita è inerente alla persona umana») e all'articolo 10 Cost. («Ognuno ha diritto alla vita»). Il diritto alla vita non comprende solamente il divieto, imposto ai poteri pubblici, di privare una persona della sua vita, ma contempla anche il dovere dello Stato di adottare una serie di misure, giuridiche e amministrative, volte a scoraggiare e, se occorre, a reprimere gli attacchi alla vita⁷¹. Inoltre lo Stato non può tollerare alcuna azione avente come scopo la morte dell'individuo⁷².

Nel contempo, la dottrina riconosce che ogni persona ha il diritto al suicidio; tale diritto non si oppone al diritto alla vita, ma va piuttosto inteso come un'emanazione del diritto alla libertà personale e più in particolare del diritto alla salvaguardia della sfera privata ai sensi dell'articolo 8 capoverso 1 CEDU e dell'articolo 13 capoverso 1 Cost.⁷³. Come qualsiasi diritto costituzionale, il diritto alla libertà personale può essere oggetto di restrizioni da parte dello Stato in base all'articolo 36 Cost. (base legale, interesse pubblico, proporzionalità e inviolabilità dell'essenza del diritto).

⁷⁰ Il segretario generale della CDS Franz Wyss, in occasione di una tavola rotonda del DFGP sul tema «Organizzazioni di aiuto al suicidio», tenutasi il 16 giugno 2008. Ad ogni modo, il governo del Cantone di Zurigo non condivide questa opinione.

⁷¹ M. Hottelier, «L'aide au suicide face aux droits de l'homme», in F. Th. Petermann (ed.), *Sicherheitsfragen im Fokuk der Gesetzgebung*, San Gallo 2010, pag. 90 segg; P. Venetz, *op. cit.* (nota 44), pag. 66.

⁷² R. Kiener, «Organisierte Suizidhilfe zwischen Selbstbestimmungsrecht und staatlicher Schutzpflichten», in *Zeitschrift für Schweizerisches Recht*, 129 (2010), pag. 279 e la giurisprudenza citata.

⁷³ M. Hottelier, *op. cit.* (nota 71), pag. 97 seg; R. Kiener, *op. cit.* (nota 72), pag. 275 seg; R. J. Schweizer, «Sterbehilfe in verfassungsrechtlicher und menschenrechtlicher Sicht», in F. Th. Petermann (ed.), *Sicherheitsfragen der Sterbehilfe*, San Gallo 2008, pag. 31 segg.

La dottrina precisa tuttavia che il diritto al suicidio va chiaramente distinto dall'aiuto al suicidio, che prevede il coinvolgimento di una terza persona. In quest'ultimo caso, chi si suicida ha la padronanza dell'atto ma non agisce in completa autonomia. Ricorrendo all'aiuto di un terzo, il suicidio, da esercizio di diritto altamente personale, si trasforma in un atto che coinvolge la società. Per questa ragione i tribunali sono stati finora piuttosto restii a considerare il diritto al suicidio assistito come un atto riconducibile alla tutela del diritto alla libertà personale⁷⁴. Tuttavia, anche ammettendo che il suicidio assistito sia considerato un diritto alla libertà personale, tale diritto potrebbe essere limitato alle condizioni previste dall'articolo 36 Cost. e dall'articolo 8 capoverso 2 CEDU. Pertanto, l'aiuto al suicidio non va analizzato prendendo come riferimento esclusivamente il diritto all'autodeterminazione garantito dall'articolo 8 CEDU, ma anche tenendo conto dell'oggettiva garanzia del diritto alla vita tutelata dall'articolo 2 CEDU. Il conflitto latente tra questi due diritti garantiti comporta la ponderazione dei valori che ciascuno di essi tutela.

1.4.2. Articolo 115 del Codice penale

1.4.2.1. Genesi e motivazione

Se il suicidio non è punibile non dovrebbe esserlo neppure la partecipazione a un tale atto secondo le regole generali sulla partecipazione (art. 24 seg. CP). Tuttavia, tenuto conto dell'inestimabile valore della vita umana, il legislatore ha comunque voluto derogare a questo principio, ammettendo la punibilità nel caso in cui chi istiga o presta aiuto al suicidio sia mosso da motivi egoistici. La sua idea di fondo era di non punire coloro che prestano aiuto al suicidio di un terzo se sono animati da sentimenti di amicizia, desiderano salvare l'onore di un compagno oppure agiscono nell'esclusivo interesse del suicidante. All'epoca il legislatore non aveva mai menzionato un'attività organizzata di aiuto al suicidio⁷⁵.

1.4.2.2. Elementi costitutivi

È evidente che l'articolo 115 CP non può essere applicato se non in caso di suicidio, ossia se la persona che si è tolta la vita ha agito in prima persona, era capace di discernimento e ha preso questa decisione in piena libertà. Se l'atto che ha provocato il suicidio è stato eseguito da un terzo (ad es. iniezione di una sostanza letale), allora si è in presenza di un omicidio (art. 111 CP), più precisamente di un omicidio su richiesta della vittima (art. 114 CP)⁷⁶. Il motivo giustificativo del consenso della persona intenzionata a morire non si applica all'omicidio intenzionale, poiché l'ordinamento giuridico non accorda a nessuno la libertà di farsi privare volontariamente da altre persone dei più elementari diritti della personalità, soprattutto se si tratta della vita⁷⁷. Parimenti, se il suicidante non era capace di discernimento al momento di darsi la morte, la persona che l'ha aiutato può essere condannata, in base alla fattispecie, per omicidio imputabile a dolo eventuale o per tentato omicidio volontario⁷⁸. Infi-

⁷⁴ R. Kiener, *op. cit.* (nota 72), pag. 276 e la giurisprudenza citata.

⁷⁵ Per un'analisi storica particolareggiata dell'articolo 115 CP, si veda Schwarzenegger, «Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB)» in *Sicherheitsfragen der Sterbehilfe*, San Gallo 2008, pag. 100 segg., nonché E. Lorenz, «Die "selbstsüchtigen Beweggründe" von Art. 115 StGB im Licht der Normentstehungsgeschichte», in *Jusletter* del 4 maggio 2009.

⁷⁶ A Neuchâtel, un medico in pensione, membro di EXIT ADMD, ha attivato personalmente il meccanismo che ha permesso di iniettare la dose letale nell'organismo di una donna affetta da una malattia neurologica degenerativa che non le permetteva più di deglutire e neppure di muoversi, ad eccezione di un piede. Un'ordinanza penale del Ministero pubblico neocastellano ha condannato il medico a 45 aliquote giornaliere sospese per due anni. Il medico ha fatto opposizione e il Tribunale distrettuale di Boudry l'ha assolto il 6 dicembre 2010 perché poteva avvalersi di motivi giustificativi (stato di necessità, tutela di interessi legittimi o conflitto di doveri). Cfr. «L'euthanasie remise en question», in *Le Temps* del 2 novembre 2010 e «Le malaise des juges face à l'euthanasie», in *Le Temps* del 3 novembre 2010.

⁷⁷ G. Stratenwerth, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat*, 3a ed., Berna 2005, § 10 n. 14 seg.; M. Schubarth, *Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen*, ZStrR 2009, pag. 7.

⁷⁸ Sentenza del Tribunale federale 6B_48/2009 dell'11 giugno 2009: con questa sentenza il TF conferma la condanna per omicidio per dolo eventuale di uno psichiatra che ha omesso di verificare approfonditamente se la persona era capace di discernimento; cfr. anche il commento sulla sentenza di G. Arzt, «Sterbehilfe in der Grauzone», in *recht 2009*, pag. 140 segg.

ne, e sempre secondo la stessa logica, non agisce liberamente chi si trova nell'errore, ad esempio perché male informato sulla propria situazione, oppure chi è spinto al suicidio. In questi casi l'autore della manipolazione o della costrizione rischia una condanna per omicidio⁷⁹.

La dottrina è unanime nell'affermare che tra l'aiuto e l'incitamento da una parte e l'istigazione e la complicità dall'altra non vi è alcuna differenza ai sensi dell'articolo 24 e seguenti del CP⁸⁰. La terminologia cambia in quanto si può parlare di istigazione e complicità solo se l'atto principale è punibile, ma il suicidio non lo è⁸¹. L'incitamento al suicidio implica che l'autore convinca la vittima a togliersi la vita; sarà poi il suicidante a prendere la decisione. L'aiuto al suicidio comporta che il contributo dell'autore sia di natura causale nella preparazione o nell'esecuzione del suicidio (ad es. la consegna di un'arma, di una sostanza letale, ecc.); questo ruolo può consistere anche in un supporto psicologico⁸².

Stando alla dottrina, agisce per motivi egoistici chiunque persegue vantaggi personali di natura materiale, immateriale o affettiva (ad es. per impadronirsi di un'eredità, per soddisfare sentimenti come l'odio, la sete di vendetta o la cattiveria). Non è invece punibile chi agisce mosso da motivi altruistici, da sentimenti di amicizia o da disinteresse⁸³. Occorre precisare che, nella prassi adottata dalle autorità di perseguimento penale, l'esercizio dell'aiuto al suicidio a livello commerciale e dietro compenso non è mai stato considerato punibile. Tali autorità (soprattutto quelle di Zurigo, Cantone particolarmente toccato dal fenomeno) hanno infatti sempre stabilito che, considerati i compensi finanziari richiesti per l'aiuto al suicidio, non sussistono i motivi egoistici di cui all'articolo 115 CP, determinanti per la punibilità⁸⁴.

1.4.2.3. Partecipazione

La dottrina sostiene che la partecipazione all'aiuto al suicidio è possibile in virtù delle disposizioni della Parte generale del CP e, più specificatamente, in applicazione della teoria della partecipazione a catena (*Kettenteilnahme*). Secondo tale teoria, anche nel caso dei partecipanti, come per l'autore materiale, occorre tenere conto della caratteristica restrittiva dei motivi egoistici, poiché il coinvolgimento indiretto nel suicidio non può essere punito in misura più severa della partecipazione diretta. Per contro, se si ammettesse che la partecipazione a un suicidio sia punibile in sé e l'assenza di motivi egoistici sia una circostanza personale di esclusione della colpevolezza ai sensi dell'articolo 27 CP⁸⁵, verrebbe punito chi prende parte indirettamente all'atto per motivi egoistici, mentre chi vi partecipa direttamente mosso da ragioni altruistiche no. Comunque quest'ultima ipotesi è scartata dalla maggior parte degli autori, i quali sostengono che la presenza di motivi egoistici determina un illecito e conseguentemente la loro assenza non esclude solo la colpevolezza, ma anche gli elementi costitutivi del reato. Altrimenti, un terzo qualsiasi potrebbe appellarsi alla legittima difesa per opporsi a qualsiasi forma di aiuto diretto al suicidio. La partecipazione all'incitamento e all'aiuto al suicidio è pertanto sottoposta alla normativa generale ed è subordinata al reato commesso dall'autore principale. Se quest'ultimo agisce in modo lecito, il coinvolgimento indiretto non può di per sé costituire un reato penale. Chi partecipa agendo per motivi egoistici rimane

⁷⁹ Sugli elementi costitutivi, cfr. S. Trechsel *et al.*, *Schweizerisches Strafgesetzbuch, Praxiskommentar*, Zurigo/San Gallo 2008, art. 115 N 2 segg.; P. Venetz, *op. cit.* (nota 44), pag. 101 seg.; C. Schwarzenegger, in Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (ed.), *Basler Kommentar zum Strafrecht II*, 2a ed, Basilea 2007, art. 115 CP N 3 segg.

⁸⁰ C. Schwarzenegger, *op. cit.* (nota 79), art. 115 N 5 seg.; J. Hurtado Pozo, *Droit pénal, Partie spéciale, Nouvelle édition refondue et augmentée*, Ginevra/Zurigo/Basilea 2009, N 223 seg. compresi i riferimenti citati, S. Trechsel *et al.*, *op. cit.* (nota 79), art. 115 N 3.

⁸¹ Cfr. al riguardo J. Hurtado Pozo, *op. cit.* (nota 80), N 223 compresi i riferimenti citati; P. Venetz, *op. cit.* (nota 44), pag. 102 compresi i riferimenti citati.

⁸² J. Hurtado Pozo, *op. cit.* (nota 80), N 224; C. Schwarzenegger, *op. cit.* (nota 79), art. 115 N 6.

⁸³ Cfr. C. Schwarzenegger, *op. cit.* (nota 79), art. 115 N 10; J. Hurtado Pozo, *op. cit.* (nota 80), N 232 seg.; G. Stratenwerth / G. Jenny, *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen*, 6a ed., Berna 2003, § 1 N 59.

⁸⁴ Cfr. DFGP, Rapporto esplicativo 2009 (nota 15), pag. 14, nota 47; cfr. al riguardo anche C. Schwarzenegger, *op. cit.* (nota 79), art. 115 N 10.

⁸⁵ M. Schubarth, *Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil*, 1° vol., *Delikte gegen Leib und Leben*, Berna 1982, art. 115 CP N 28 seg.

dunque impunito⁸⁶. In realtà, la teoria illustrata è sbagliata in quanto parte dal presupposto che sia possibile applicare all'articolo 115 CP le disposizioni generali sulla partecipazione, mentre invece non lo è. Dal momento che il legislatore ha catalogato il comportamento vicino all'istigazione o alla complicità come una fattispecie specifica⁸⁷ e visto che non esistono differenti livelli di partecipazione (la complicità della complicità è perseguibile in quanto complicità, l'istigazione dell'istigazione è punibile in quanto istigazione⁸⁸), è sbagliato voler fare delle differenze tra quanti hanno contribuito a commettere il reato ed è altrettanto sbagliato dal profilo giuridico affermare che una persona ha partecipato in modo diretto e un'altra in modo indiretto (o marginale) a commettere un reato. Ne consegue che tutti coloro che hanno avuto un ruolo causale nel commettere il reato (attraverso l'incitamento o l'aiuto) meritano lo stesso trattamento e sono tutti potenzialmente colpevoli di incitamento o di aiuto al suicidio ai sensi dell'articolo 115 CP. Naturalmente, per essere condannato, ognuno dei soggetti coinvolti dovrà presentare gli elementi costitutivi di reato e in particolare i motivi egoistici. Di conseguenza, e contrariamente a quanto sostenuto dalla dottrina citata, la teoria secondo la quale alcune persone offrirebbero un aiuto diretto (medico prescrittore, assistente al suicidio) e altre un aiuto indiretto (intimi, farmacista che prepara e vende il NaP, ecc.) non è sostenibile e lo è ancor meno se vincola la punibilità di chi partecipa a motivi egoistici, dal momento che la caratteristica principale di un partecipante è la perseguibilità, indipendentemente dal fatto che abbia condiviso i motivi per i quali ha agito l'autore principale⁸⁹.

In linea di principio, la soluzione proposta dalla dottrina e quella appena illustrata giungono allo stesso risultato, dal momento che entrambe partono dal presupposto che chi ha partecipato all'aiuto al suicidio lo abbia fatto per un motivo egoistico. Tuttavia, mentre la soluzione della dottrina permette che un *partecipante*, mosso da motivi egoistici, eviti qualsiasi perseguimento penale in virtù del fatto che l'autore *principale* era mosso da motivi nobili⁹⁰, la seconda soluzione non arriva a questa conclusione insoddisfacente. Essa infatti espone ogni *partecipante* alla sanzione prevista dall'articolo 115 CP, in quanto ha contribuito all'esecuzione del reato. Questa differenza sostanziale dovrebbe quindi spingere le autorità di perseguimento penale ad allargare la cerchia dei sospetti nell'ambito dell'inchiesta preliminare; esse dovrebbero infatti interrogare non solo l'assistente al suicidio e gli intimi del defunto presenti al momento dell'atto, ma anche il medico che ha prescritto la sostanza letale, il farmacista che l'ha preparata, i responsabili dell'organizzazione e tutti coloro che hanno avuto dei contatti con il defunto poco prima del suo suicidio.

1.4.3. Legislazione sugli stupefacenti e sugli agenti terapeutici

Nel rapporto del 2007⁹¹, il DFGP aveva analizzato il quadro giuridico relativo alla prescrizione e alla dispensazione di NaP da parte di un medico in previsione di un suicidio, giungendo alla conclusione che la legislazione sugli stupefacenti e sugli agenti terapeutici nonché il codice deontologico delle scienze mediche e farmaceutiche ammettono la prescrizione e la dispensazione di una dose letale di NaP⁹². Questa sostanza è in effetti uno psicotropo della famiglia dei barbiturici ed è sottoposta alla legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope⁹³ (LStup); inoltre, figura sulla lista degli stupefacenti⁹⁴. Il suo

⁸⁶ Cfr. C. Schwarzenegger, *op. cit.* (nota 75), pag. 93 segg.; G. Stratenwerth, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Die Straftat*, 3a ed., Berna 2005, § 13 N 24; P. Venetz, *op. cit.* (nota 44), pag. 261.

⁸⁷ Cfr. n. 1.4.2.2.

⁸⁸ Cfr. sulla partecipazione a catena M. Forster, in Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (ed.), *Basler Kommentar zum Strafrecht I*, 2a ed, Basilea 2007, art. 24 CP N 49 seg. e art. 25 CP N 59 segg.

⁸⁹ Cfr. l'esempio di M. Forster, *op. cit.* (nota 88), 25 CP N 7: sussiste già complicità nell'estorsione ai sensi dell'articolo 156 CP quando il complice sa che l'autore perseguiva l'intento di procacciarsi un indebito profitto. Di conseguenza, per punire il complice, non occorre che anche quest'ultimo persegua l'intento di procacciarsi un indebito profitto.

⁹⁰ Cfr. il concetto espresso alla fine del primo paragrafo del presente titolo e la nota 100.

⁹¹ Cfr. nota 11.

⁹² Il Tribunale federale è arrivato alla stessa conclusione del DFGP, riprendendo tra l'altro ampiamente le riflessioni di quest'ultimo (DTF 133 I 58 consid. 4).

⁹³ RS 812.121

⁹⁴ Cfr. appendici a e b dell'ordinanza di Swissmedic del 12 dicembre 1996 sugli stupefacenti (OStup-Swissmedic; RS 812.121.2).

principio attivo può essere utilizzato come medicinale, per cui è sottoposto anche alla legge federale del 15 dicembre 2000 sui medicinali e i dispositivi medici⁹⁵ (LATER; art. 2 cpv. 1^{bis} LStup e art. 2 cpv. 1 let. b, LATER). In linea di massima la LATER si applica agli stupefacenti utilizzati come agenti terapeutici, a meno che non contempli una regolamentazione specifica o che quella prevista sia meno ampia della LStup. La legge definisce i medicinali come prodotti di origine chimica o biologica destinati ad avere un'azione medica sull'organismo umano o animale o dichiarati tali, utilizzati segnatamente ai fini della diagnosi, della prevenzione o del trattamento di malattie, ferite e handicap (art. 4 cpv. 1 lett. a LATER). Il fatto che il NaP non sia utilizzato per nessuno di questi scopi ma somministrato in dosi letali per commettere un suicidio non modifica le sue qualità di farmaco né l'applicazione della *formula magistralis*, ossia la fabbricazione su prescrizione medica di medicinali (o di uno stupefacente, cfr. art. 2 cpv. 1 LATER) non autorizzati, giustificata dalla libertà terapeutica secondo l'articolo 9 capoverso 2 lettera a LATER⁹⁶. In base alle disposizioni della LStup, in linea di massima, per qualsiasi operazione che prevede il ricorso agli stupefacenti, occorre l'autorizzazione del Cantone o della Confederazione. È esentato da quest'obbligo solo il personale medico che può procurarsi, detenere, usare e dispensare stupefacenti nei limiti giustificati dall'esercizio della professione e conformemente alle prescrizioni (art. 9 LStup). La ricetta medica è obbligatoria (art. 10 LStup, come anche l'art. 9 cpv. 2 lett. a LATER per quanto riguarda la questione della *formula magistralis* e l'art. 24 LATER per i medicinali soggetti a prescrizione medica). L'articolo 11 LStup precisa che il medico è tenuto a usare, dispensare o prescrivere gli stupefacenti nella misura ammessa dalla scienza e l'articolo 26 capoverso 1 LATER che egli deve rispettare le norme riconosciute delle scienze mediche e farmaceutiche. Inoltre, l'articolo 43 capoverso 1 dell'ordinanza del 29 maggio 1996 sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope⁹⁷ (O Stup) puntualizza che il medico può prescrivere degli stupefacenti soltanto a pazienti che ha lui stesso visitato e di cui conosce lo stato di salute (art. 26 cpv. 2 LATER). Dal momento che il NaP è uno stupefacente parzialmente esentato dal controllo in base all'appendice b dell'OStup-Swissmedic⁹⁸, può essere dispensato dietro prescrizione «semplificata» con una durata di validità non superiore ai sei mesi (art. 44 O Stup). Alla luce delle innumerevoli combinazioni terapeutiche e dei costanti progressi della scienza medica, la LStup rinuncia in generale a disciplinare in modo più dettagliato la dispensazione e la prescrizione di sostanze da parte dei medici. La LATER segue lo stesso approccio (art. 24 e 26 LATER). Quando dispensa uno stupefacente, il farmacista, eventualmente insieme al medico che lo ha prescritto o all'autorità cantonale competente, deve procedere agli accertamenti del caso se sospetta un abuso (art. 45 cpv. 5 O Stup). Attualmente l'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici (Swissmedic) non ammette medicinali per uso umano contenenti il pentobarbitale sodico⁹⁹.

⁹⁵ RS 812.21

⁹⁶ Questa disposizione solleva dall'obbligo di omologazione i medicinali preparati su prescrizione medica da una farmacia pubblica oppure ospedaliera o ancora, su mandato di queste ultime, da un'altra azienda titolare di un'autorizzazione di fabbricazione, e destinati a una determinata persona o a un determinato gruppo di persone oppure a un determinato animale o a un determinato effettivo di animali.

⁹⁷ RS 812.121.1.

⁹⁸ RS 812.121.2

⁹⁹ Swissmedic autorizza l'uso del principio attivo pentobarbitale e pentobarbitale sodico in ambito terapeutico soltanto per medicinali a uso veterinario.

Il 30 novembre 2008 il popolo ha accolto la modifica della LStup, già adottata dal Parlamento il 20 marzo 2008 e oggetto di referendum. In seguito a questa votazione, è stato necessario adattare le ordinanze di applicazione della LStup. La legge sugli stupefacenti e le ordinanze entreranno in vigore il 1° luglio 2011¹⁰⁰. Le modifiche sono innanzitutto di ordine formale e mirano a integrare le disposizioni delle quattro ordinanze del Consiglio federale, delle due ordinanze di Swissmedic e dei due decreti del Consiglio federale, in tre nuove ordinanze: l'ordinanza del Consiglio federale sul controllo degli stupefacenti (OCStup), l'ordinanza sulla dipendenza da stupefacenti (ODStup) e l'ordinanza del DFI sull'elenco degli stupefacenti (OESTup-DFI). Per contro, il contenuto è rimasto praticamente invariato, per cui le considerazioni riportate più sopra sono ancora valide; ad ogni buon conto alcuni elementi meritano di essere menzionati.

Innanzitutto, la prescrizione di NaP da parte di un medico in previsione di un suicidio è sempre possibile in applicazione del principio della *formula magistralis*. Inoltre, il NaP figura ancora nell'elenco b della OESTup-DFI, che riporta gli stupefacenti parzialmente esclusi dal controllo. Il NaP, pertanto, può essere prescritto utilizzando una semplice ricetta medica (art. 41 cpv. 3 OCStup) e non un modulo ufficiale per ricette (art. 46 cpv. 2 OCStup). Contrariamente a questo modulo, sottoposto a severe condizioni di forma e valido solo per un mese, una semplice prescrizione può valere sei mesi e anche più (art. 48 2 OCStup). Inoltre, le disposizioni in materia di deposito e di utilizzo del NaP sono severe: serve un'autorizzazione (art. 11 e segg. OCStup), la sostanza deve essere chiaramente designata e posta sotto chiave (art. 54 seg. OCStup)¹⁰¹, la pubblicità è vietata (art. 56 OCStup). Infine, l'articolo 84 OCStup prevede che le infrazioni siano punite in applicazione dell'articolo 22 capoverso 1 lettera d LStup.

Trattandosi di disposizioni in merito al controllo dell'utilizzo del NaP, occorre soffermarsi in particolare sull'articolo 49 OCStup, che si richiama al nuovo articolo 11 capoverso 1^{bis} LStup, secondo cui il medico che prescrive uno stupefacente per usi diversi da quelli ammessi (*off-label use*) deve notificarlo entro 30 giorni al servizio cantonale competente. A priori si potrebbe erroneamente supporre che questa disposizione si applica alla prescrizione di NaP proprio in previsione di un suicidio, ma non è così: infatti la prescrizione detta *off-label* riguarda solo i medicinali omologati. Come già menzionato, l'uso del NaP nella medicina umana è vietato, quindi, di regola, il medico prescrive una *formula magistralis* che sarà preparata dal farmacista presso cui l'interessato si recherà a ritirare la sostanza letale. In questo caso, la prescrizione del NaP in previsione di un suicidio non rientra nella casistica delle prescrizioni *off-label* e il controllo dell'uso è regolato unicamente degli articoli 51 e 63 OCStup.

1.4.4. Deontologia

Oltre al diritto penale e alla legislazione sugli stupefacenti e sugli agenti terapeutici, anche i codici deontologici della Federazione dei medici svizzeri (FMH) e dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) rivestono un ruolo importante nell'ambito dell'eutanasia e dell'aiuto al suicidio. Peraltro il Tribunale federale vi ha fatto esplicitamente riferimento in una decisione del 3 novembre 2006¹⁰². L'articolo 17 del Codice di deontologia della FMH disciplina solamente l'eutanasia attiva (vietata) e quella passiva (autorizzata) a determinate condizioni, mentre, per quanto riguarda l'aiuto al suicidio, rimanda alle direttive, disponibili in tedesco e francese, dell'ASSM sull'assistenza ai pazienti in fase terminale (2004). In seguito alla pubblicazione della summenzionata decisione del 3 novembre 2006, la FMH ha pubbli-

¹⁰⁰ Comunicato stampa dell'UFSP del 24 maggio 2001, Revisione della legge federale sugli stupefacenti

¹⁰¹ A tale riguardo, si ricorda che il Tribunale federale ha confermato che Dignitas non poteva ottenere un'autorizzazione per il deposito e l'utilizzo del NaP in base all'articolo 14a LStup. Nei suoi considerandi, il Tribunale federale infatti ha spiegato che questa disposizione intende permettere a una serie di organizzazioni come la Croce Rossa o l'ONU l'utilizzo di sostanze stupefacenti per eseguire azioni umanitarie in situazione di crisi o di catastrofe; questo tipo di azioni esula completamente dal campo di attività di Dignitas (sentenza del Tribunale federale del 1° aprile 2009, 2C_839/2008, consid. 3).

¹⁰² Il Tribunale federale ha in effetti ammesso che un medico è autorizzato a prescrivere la dispensazione di una dose letale di NaP, a condizione che rispetti i limiti posti dal codice deontologico dell'ASSM (DTF 133 I 58, consid. 4).

cato una presa di posizione¹⁰³, nella quale arriva alle seguenti conclusioni: l'aiuto al suicidio non è un'attività medica; se vi è una richiesta di aiuto al suicidio, ogni medico può, a sua discrezione, avvalersi delle sue competenze professionali sia per valutare la capacità di discernimento del richiedente sia per prescrivere una sostanza letale; la valutazione della capacità di discernimento e la prescrizione di una sostanza letale non dovrebbero essere effettuate dalla stessa persona; da diversi decenni la FMH ha scelto di impegnarsi nella prevenzione del suicidio e intende continuare a farlo; la Federazione propone che il medico si astenga da qualsiasi aiuto al suicidio nel caso di malati mentali; la FMH è convinta che il dibattito sull'aiuto al suicidio coinvolga tutta la collettività e che il personale medico non debba essere strumentalizzato per risolvere eventuali tensioni di carattere etico o politico che tale argomento comporta.

Il numero 4.1 delle direttive dell'ASSM sottolinea che il medico, di fronte a un paziente che persiste nella volontà di togliersi la vita, si trova davanti al dilemma di dover scegliere tra l'aiuto al suicidio, che esula dall'attività medica in quanto contrario agli scopi della medicina, e il rispetto della volontà del paziente, elemento fondamentale nel rapporto medico-paziente. Un simile dilemma spinge il medico a una scelta etica del tutto personale, che va rispettata in quanto tale. Le direttive fissano tre condizioni minime alle quali l'aiuto al suicidio è ammesso dal diritto professionale: la malattia del paziente lascia presupporre che la morte sia vicina; le possibilità d'aiuto alternative sono state vagliate e fornite se richieste dal paziente; il paziente è capace di discernimento, la sua decisione è stata ponderata, maturata senza pressioni esterne e definitiva. Tale condizione è stata verificata da una terza persona indipendente, che non deve per forza essere un medico. Le direttive presentano un passaggio piuttosto controverso: l'affermazione che l'aiuto al suicidio esula dall'attività medica, potrebbe far pensare che il medico, in caso di aiuto al suicidio, non agisce in veste di professionista ma come semplice cittadino, condizione che si opporrebbe alla sua competenza di prescrivere medicinali e stupefacenti. Tuttavia, una simile interpretazione è sbagliata: il passaggio citato significa che l'aiuto al suicidio, pur con le condizioni necessarie, non è un'attività che la medicina deve assolvere per ragioni deontologiche, bensì un'azione che si richiama al libero arbitrio del medico.

Sempre in seguito alla pubblicazione della citata decisione del Tribunale federale del 3 novembre 2006¹⁰⁴, la Società Svizzera di Psichiatria Forense (SSPF) ha redatto una presa di posizione¹⁰⁵. Il documento fissa in particolare i seguenti punti: chi decide di aiutare a suicidarsi una persona affetta da turbe psichiche non può fondarsi esclusivamente sulla momentanea facoltà di discernimento del suicidante; inoltre deve avere la prova che tale intento è stato maturato indipendente dall'influenza di terzi, adeguatamente ponderato e che è persistente; il parere di un esperto sulla facoltà di discernimento, la maturità della riflessione e la costanza dell'intento suicida [...] non presuppone solamente un lungo periodo di osservazione, ma anche una competenza professionale in materia; non sussiste un obbligo medico di prescrizione per il NaP [...]; la prescrizione medica del pentobarbitale sodico appare molto problematica alla luce della deontologia medica se [...] esistono mezzi terapeutici per migliorare la situazione del paziente; chi, per ragioni di coscienza o di interpretazione del proprio ruolo, non si sente di effettuare una perizia sulla facoltà di discernimento e la maturità della riflessione e pertanto non vuole pronunciarsi sulla prognosi e sulle possibilità evolutive e terapeutiche, potrà avvalersi di queste ragioni; per contro, chi effettua questo tipo di perizie senza rispettare lo stato della giurisprudenza e della psichiatria (in particolare nell'ambito forense) potrà recare danno innanzitutto al paziente, eventualmente alla sua specialità e, se è chiamato a rendere conto delle sue perizie, a lui stesso.

¹⁰³ FMH, presa di posizione del gennaio 2008, *L'assistance au suicide n'est pas l'aide au décès*. Disponibile solo in tedesco e francese.

¹⁰⁴ DTF **133** I 58.

¹⁰⁵ Società Svizzera di Psichiatria Forense, decisione del Tribunale federale del 3 novembre 2006 sull'aiuto al suicidio di una persona affetta da turbe psichiche (prescrizione obbligatoria di pentobarbitale sodico), presa di posizione della maggioranza del Comitato della SSPF, disponibile solo in tedesco e francese sul sito web della SSPF (www.swissforensic.ch).

1.4.5. Regolamenti degli ospedali e delle case di cura

Nel 2006, l'Ospedale universitario di Losanna (CHUV) ha adottato una direttiva istituzionale volta a regolare nello specifico le condizioni che consentono di ricorrere a un'organizzazione di aiuto al suicidio all'interno della struttura ospedaliera¹⁰⁶. Una richiesta di questo tipo può essere accolta se: il paziente persiste nel suo intento suicida, è capace di discernimento e infine gli sono state illustrate le cure palliative e i possibili trattamenti psichiatrici. Se, anche a questo stadio, il paziente insiste nel suo proposito suicida, occorre verificare se può rientrare a casa o essere sistemato in un istituto; se questa verifica dà esito negativo, la richiesta è trasmessa all'ufficio della Commissione etica. Infine, se tutti i criteri sono soddisfatti, la richiesta è accolta. Secondo una valutazione dei primi 18 mesi dall'introduzione della direttiva, il CHUV ha constatato che in un ospedale generalista i pazienti ricorrono molto di rado ai servizi delle organizzazioni di aiuto al suicidio. In un parere molto dettagliato¹⁰⁷, il Consiglio di etica clinica (*Conseil d'Ethique Clinique*) degli Ospedali universitari di Ginevra (HUG) ha ammesso che, a severe condizioni, l'aiuto al suicidio può avvenire all'interno degli HUG. Il Consiglio di etica ricorda comunque che il paziente deve essere capace di discernimento e non deve subire alcuna pressione dall'esterno; inoltre, la malattia di cui soffre lascia presupporre una morte vicina ed è impossibile che possa rientrare a casa. Contrariamente al CHUV e agli HUG, l'ospedale universitario di Zurigo rifiuta, in linea di principio, che un aiuto al suicidio sia prestato all'interno della sua struttura¹⁰⁸.

Per quanto concerne le case di cura, diverse città o commissioni cantonali di etica hanno adottato dei regolamenti o fatto alcune raccomandazioni in materia. I regolamenti intendono fornire alle case di cura un orientamento in merito alla loro politica di autorizzazione dell'assistenza organizzata al suicidio all'interno delle loro strutture e tentano di trovare un equilibrio tra il diritto all'autodeterminazione della persona e la missione medico-sociale dell'istituto¹⁰⁹. L'ascolto, il rispetto, il dialogo e le misure alternative (cure palliative, supporto psicologico o morale, ecc.) sono al centro di questi regolamenti; infatti, si tratta innanzitutto di agire attraverso misure positive e solo in un secondo momento si apre la possibilità di ricorrere all'aiuto al suicidio. Al riguardo, la maggioranza di questi regolamenti ricorda che la persona deve essere capace di discernimento. Per quanto concerne lo stato di salute di chi intende suicidarsi, alcune raccomandazioni non vi fanno riferimento oppure rinviano alle direttive dell'ASSM, altre sottolineano al contrario che il paziente deve essere in fin di vita, completamente invalido e non soffrire di una malattia psichica.

1.4.6. La giurisprudenza

Sebbene finore l'articolo 115 CP non sia mai stato applicato alle organizzazioni di aiuto al suicidio o ai loro membri, il Tribunale federale ha comunque precisato che non è possibile richiamarsi a tale disposizione se l'assistente al suicidio non ha esaminato con sufficiente cura la capacità di discernimento del suicidante. Ha confermato così la condanna di uno psichiatra per omicidio imputabile a dolo eventuale il quale aveva aiutato un malato psichico a suicidarsi, senza averne coscienziosamente verificato la capacità di discernimento¹¹⁰.

¹⁰⁶ La direttiva può essere consultata nel *CHUV Magazine*, aprile 2006, pag. 2 seg.

¹⁰⁷ Conseil d'Ethique Clinique, Raccomandazioni: *Autorisation/interdiction de l'assistance au suicide au sein des HUG*, 30 giugno 2006.

¹⁰⁸ Cfr. l'art. 2.1 della direttiva *Suizidbeihilfe und Spital: Umgang mit Patienten des USZ, die sich mit Hilfe einer Sterbehilfeorganisation das Leben nehmen wollen*, 8 marzo 2007. L'art. 4.1 prevede tuttavia che, in determinate situazioni, l'ospedale cerchi una soluzione con la persona interessata.

¹⁰⁹ Senza pretesa di esaustività: decisione del 25 ottobre 2000 del Consiglio comunale zurighese, *Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements*; Direttive del Consiglio comunale della città di Berna del 17 ottobre 2001, *Richtlinien zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen*; *Recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique* emanate dall'Association vaudoise des EMS nel 2004; Raccomandazioni del Consiglio di etica della Fédération genevoise des établissements médico-sociaux del 14 ottobre 2010; Posizione della Commission cantonale neuchâteloise d'éthique sull'aiuto al suicidio presso le case di cura del 15 novembre 2001; Carta etica dell'Association fribourgeoise des institutions pour personnes âgées del 19 novembre 2009; Regolamento della Stiftung Altersbetreuung Herisau del 2009.

¹¹⁰ Sentenza del Tribunale federale dell'11 giugno 2009 (6B_48/2009); cfr. pure il relativo commento di G. Arzt, *op. cit.* (nota 78).

Negli ultimi anni, il Tribunale federale ha a più riprese precisato una serie di questioni riguardanti la prescrizione e il deposito del NaP o la revoca dell'autorizzazione ad esercitare:

- sentenza del 12 aprile 2010: il Tribunale federale è arrivato alla conclusione che il divieto di vendere il NaP senza prescrizione medica a una persona che intende suicidarsi non è contrario alla CEDU¹¹¹. Nel quadro dell'esame di un'altra pronuncia del Tribunale federale, il 20 gennaio 2011 la Corte EDU ha confermato l'ammissibilità di tale conclusione¹¹²;
- sentenza del 1° aprile 2009: in applicazione dell'articolo 14a LStup il Tribunale federale ha confermato che Dignitas non è autorizzata a tenere scorte di NaP¹¹³;
- sentenza del 24 giugno 2008: il Tribunale federale ha ritirato l'autorizzazione ad esercitare la professione a un medico di più di 70 anni che non solo aveva prescritto il NaP a persone non appartenenti alla cerchia dei suoi intimi, ma lo aveva fatto dopo un solo e unico colloquio, il che contravviene ai doveri della sua professione¹¹⁴

1.5. Diritto comparato

1.5.1. Germania

In Germania, come in Svizzera, il suicidio non è punibile e pertanto non lo è neppure la complicità o l'istigazione ad un simile atto. Il Codice penale tedesco non contiene neppure una disposizione penale specifica in merito all'incitamento e all'aiuto al suicidio. Tuttavia, in applicazione all'articolo 216 del Codice penale tedesco (omicidio su richiesta della vittima), la giurisprudenza ha ammesso che chi partecipa al suicidio di un terzo può comunque essere condannato per omicidio imputabile a omissione di soccorso, poiché svolge un ruolo di garante (come ad esempio il medico curante o gli intimi) ed è presente quando il suicidante perde conoscenza. In effetti, dal momento in cui quest'ultimo cade in stato di incoscienza, la padronanza dell'atto passa alla persona presente che, in virtù della sua posizione di garante, ha il dovere di salvare il morente¹¹⁵. La dottrina tedesca ha fortemente criticato questa giurisprudenza, in quanto la persona non interviene proprio per rispettare la volontà del defunto, il quale, peraltro, ha personalmente commesso l'atto suicida. Inoltre, la dottrina ritiene non sia possibile un omicidio su richiesta della vittima imputabile a omissione di soccorso, in quanto l'articolo 216 del Codice penale tedesco vieta gli omicidi attivi. Se la persona presente non riveste il ruolo di garante, è punibile in applicazione dell'articolo 323c del Codice penale tedesco (omissione di soccorso). Anche di fronte a questa interpretazione la dottrina si mostra piuttosto critica domandandosi se, ai sensi di questa disposizione, si possa definire «incidente» (*Unglücksfall*) un suicidio volontario. A questa argomentazione la giurisprudenza ribatte che un tentativo di suicidio è effettivamente un incidente, dal momento che costituisce spesso una richiesta di aiuto o è commesso da una persona con problemi psichici¹¹⁶. In una recente decisione, il *Bundesgerichtshof* ha tuttavia ribadito il diritto all'autodeterminazione del malato, ammettendo che il consenso del paziente può giustificare sia l'interruzione di un trattamento sia la rinuncia a interventi per prolungargli la vita. Visto che il codice deontologico è più severo di questa giurisprudenza, la Camera Federale dei Medici intende modificarlo. Il presidente di tale camera ha dichiarato in merito a questa decisione¹¹⁷ di potersi immaginare una normativa professionale che escluda dalla formulazione dei compiti di un medico quello di aiutare qualcuno a suicidarsi. Tuttavia, se il medico può conciliare questo atto con la propria coscienza di essere umano, allora è autorizzato a farlo.

Il 4 luglio 2008 il *Bundesrat* si è infine espresso contro l'eutanasia praticata a titolo commerciale e contemporaneamente a favore della medicina palliativa e dell'attività dei centri di cure

¹¹¹ Sentenza del Tribunale federale del 12 aprile 2010 (2C_9/2010); cfr. pure DTF 133 I 58.

¹¹² Decisione *Haas c. Svizzera* del 20 gennaio 2011 (ricorso n. 31322/07).

¹¹³ Sentenza del *Bundesgericht* del 1° aprile 2009 (2C_839/2008).

¹¹⁴ Sentenza del *Bundesgericht* del 24 giugno 2008 (2C_191/2008).

¹¹⁵ BGHSt 32, 367, 374.

¹¹⁶ Cfr. Nationaler Ethikrat, *Selbstbestimmung und Fürsorge am Lebensende, Stellungnahme*, Berlino 2006, pag. 67.

¹¹⁷ *Sterbehilfe: Ärzte wollen Berufsrecht liberalisieren*, in RP Online del 18 agosto 2010.

palliative. Ha proposto di rendere illegale l'attività commerciale finalizzata alla pratica dell'aiuto al suicidio, l'offerta e la vendita commerciale di mezzi per il suicidio e l'assunzione di un ruolo decisivo in una tale attività, chiedendo al legislatore di iniziare i pertinenti lavori entro il 2008¹¹⁸; il progetto è tuttavia ancora in fase di discussione.

1.5.2. Paesi Bassi

Dal 2001, nei Paesi Bassi l'aiuto al suicidio e l'eutanasia non sono punibili se praticati da un medico nel rispetto delle sei condizioni seguenti¹¹⁹: (1) il paziente, che può essere un minore¹²⁰, ha formulato la propria richiesta liberamente e in modo costante, dopo aver riflettuto a lungo; (2) le sue sofferenze sono insopportabili e non vi è prospettiva di miglioramento; (3) è stato debitamente informato della sua situazione e delle prospettive; (4) non è contemplabile alcuna altra soluzione; (5) è stato consultato un altro medico e (6) l'eutanasia è stata praticata con il rigore richiesto dal punto di vista medico. Ogni caso è verificato a posteriori da una commissione composta da un giurista, un medico e un esperto d'etica. Se la commissione giunge alla conclusione che tutte le condizioni sono state rispettate, il medico non è punibile; in caso contrario la pratica viene trasmessa al procuratore¹²¹.

Nel 2006, 1900 persone, ossia l'1,4 per cento dei decessi registrati, si sono così sottoposte a eutanasia attiva (la percentuale non comprende i suicidi assistiti). Secondo il Ministero della salute olandese, il 20 per cento dei casi non viene dichiarato a causa di una procedura burocratica troppo complessa. Calcolando anche questa quota, la percentuale dei casi di eutanasia attiva salirebbe all'1,7 per cento. Tra il 2001 e il 2005 si è anche constatata una rinuncia all'eutanasia attiva a favore della sedazione palliativa¹²². Nel 2005 sono stati dichiarati più di 9600 casi di sedazione palliativa, ossia il 7 per cento di tutti i decessi.

1.5.3. Belgio

Sulla scia dei Paesi Bassi, il Belgio ha legalizzato l'eutanasia nel 2002. Le condizioni sono simili a quelle previste dall'Olanda, ma la legge si applica esclusivamente agli adulti e ai minori che abbiano compiuto 15 anni e non menziona l'aiuto al suicidio. Tuttavia, dal momento che la legge non impone tecniche particolari per praticare l'eutanasia attiva, si può ritenere che anche il suicidio assistito rientri nel suo campo di applicazione. La commissione di controllo è composta da 16 membri. Dall'entrata in vigore della legge, il numero dei casi di eutanasia attiva ha inizialmente subito un'impennata tra il 2002 e il 2005 (passando da 24 a 393). Da allora sembra essersi stabilizzato attorno a 460 casi in media all'anno¹²³. Come nei Paesi Bassi, anche in Belgio si rivendica un'estensione del campo d'applicazione della legge in particolare ai minori capaci di discernimento, agli anziani e alle persone con funzioni cerebrali ridotte¹²⁴.

¹¹⁸ Cfr. il comunicato stampa del Bundesrat del 4 luglio 2008 all'indirizzo: www.bundesrat.de/cdn_099/nn_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?_nnn=true. In questo comunicato si sottolinea anche che il progetto di legge inizialmente previsto è stato rinviato alle commissioni tecniche per un riesame.

¹¹⁹ Cfr. N. Beldi, «La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse» in *Jusletter* del 20 ottobre 2008, pag. 2 seg.

¹²⁰ In questo caso se il minore ha tra i 12 e i 15 anni, è sempre necessario il consenso dei genitori; tra i 16 e i 17 anni, i genitori possono essere messi solamente al corrente della decisione.

¹²¹ M. Schubarth, *op. cit.* (nota 77), pag. 12 seg.

¹²² La sedazione palliativa – che si pratica solo se il paziente è in fin di vita – è il tentativo di rendere meno vigile il paziente, utilizzando farmaci che possono portare fino alla perdita di coscienza. La morte avviene in modo naturale (al massimo entro dieci giorni). Questa pratica non può essere paragonata all'eutanasia attiva (cfr. il Rapporto informativo n. 1287 seguito ai lavori di valutazione della legge del 22 aprile 2005, Assemblea nazionale, Parigi 2008, pag. 204 segg.)

¹²³ Cfr. il terzo rapporto sull'eutanasia attiva (anni 2006 e 2007) presentato dalla Commissione di controllo e di valutazione belga al Parlamento, consultabile all'indirizzo: https://portal.health.fgov.be/portal/page?_pageid=56.9794439&_dad=portal&_schema=PORTAL

¹²⁴ Rapporto informativo n. 1287 seguito ai lavori di valutazione della legge del 22 aprile 2005, Assemblea nazionale, Parigi 2008, pag. 141.

1.5.4. Lussemburgo

Il 19 marzo 2009, il Lussemburgo ha adottato una legge in materia di eutanasia molto simile a quella olandese e belga. Anche l'aiuto al suicidio è regolato e sottoposto alle stesse condizioni dell'eutanasia. La commissione di controllo è composta da nove membri.

1.5.5. Francia

In Francia, a seguito del caso della signora Chantal Sébire¹²⁵, il dibattito sul diritto a una morte dignitosa si è riaperto. A dicembre 2008, è stato pubblicato un rapporto sui lavori di valutazione della legge del 22 aprile 2005 concernente i diritti dei malati e l'ultima fase della vita¹²⁶. Nel documento la commissione parlamentare rifiuta di riconoscere il diritto alla morte e di legalizzare l'eutanasia attiva. Per contro, propone di agire in quattro direzioni: (1) far conoscere meglio la legge; (2) rafforzare i diritti dei malati; (3) aiutare i medici a rispondere meglio alle sfide etiche dei trattamenti; (4) adeguare il sistema delle cure ai problemi che insorgono nell'ultima fase della vita. Il 18 gennaio 2011, una commissione parlamentare ha adottato un testo di legge volto a legalizzare l'eutanasia, ma il 26 gennaio 2011 il Senato l'ha respinta.

1.5.6. Conclusione

Alla luce di questa panoramica di diritto comparato, emerge che i Paesi europei stanno seguendo due vie: da una parte quella della legalizzazione dell'eutanasia attiva (Paesi del Bénélux), con una tendenza a estendere il campo d'applicazione delle disposizioni in materia di aiuto al suicidio, dall'altra quella del rafforzamento dei diritti dei malati senza tuttavia legalizzare l'eutanasia (Francia, Germania, Regno Unito)¹²⁷.

2. Risultati della procedura di consultazione e tentativo di modifica dell'articolo 115 AP-CP

2.1. Mandato del Consiglio federale in seguito alla procedura di consultazione

Il 17 settembre 2010, il Consiglio federale ha incaricato il DFGP di preparare un progetto di modifica dell'articolo 115 CP che riprendesse la variante 1 modificando sostanzialmente l'articolo in questione, al fine di tener conto delle critiche che aveva sollevato nella consultazione¹²⁸.

2.2. Condizioni da modificare in base alle critiche espresse in sede di consultazione

2.2.1. Osservazioni preliminari

Prima di passare all'analisi delle critiche vere e proprie, va ricordato che, sebbene una larga maggioranza dei partecipanti abbia riconosciuto la necessità di un intervento della Confederazione, le modifiche proposte sono state molto controverse; non esiste alcuna intesa su come risolvere questo difficile e delicato problema. Date queste premesse, trovare una soluzione che possa essere votata dalla maggioranza del popolo sembra essere un'impresa estremamente complessa. Occorre ricordare in particolare che la variante 1, elaborata

¹²⁵ Chantal Sébire era affetta da una forma tumorale molto rara e dolorosa di neuroblastoma al viso, che le aveva fatto progressivamente perdere l'olfatto, il gusto e infine la vista. La donna aveva chiesto alla giustizia francese di permetterle di morire dignitosamente, ma la richiesta è stata respinta. La signora Sébire si è suicidata due giorni dopo la decisione del Tribunale.

¹²⁶ Rapporto informativo n. 1287 (nota 124).

¹²⁷ Cfr. Rapporto informativo n. 1287 (nota 124), pag. 155 seg.; il citato rapporto ricorda anche che la Camera alta della Repubblica Ceca ha respinto un progetto di legge che autorizza l'eutanasia, mentre la Grecia e l'Ucraina sono impegnate in una riflessione orientata all'introduzione di un sistema che si avvicina a quello francese.

¹²⁸ Cfr. la sintesi delle critiche al n. 1.1.7

dall'UFG, è stata accolta solamente da 35 partecipanti ed è stata respinta da 72, su un totale di 108 partecipanti¹²⁹.

2.2.2. Intervento di tre medici

La maggioranza dei partecipanti alla consultazione ha ritenuto estremamente gravoso, inattuabile e addirittura vessatorio il fatto che tre medici indipendenti vengano coinvolti nel processo di aiuto al suicidio (per constatare la capacità di discernimento del paziente, accertare l'esistenza di una malattia incurabile con prognosi di morte imminente e prescrivere il NaP)¹³⁰. Per questi interpellati, una soluzione di questo tipo non soltanto determina una medicalizzazione dell'aiuto al suicidio (che secondo ASSM e FMH non rientra invece tra i doveri di un medico), ma aumenterebbe anche la pressione sul personale sanitario. Il personale medico rischierebbe di dividersi tra difensori della vita e coloro che invece partecipano attivamente al processo di aiuto al suicidio, agendo in contrasto con la deontologia professionale. Inoltre, numerosi interpellati hanno chiesto che l'accertamento della capacità di discernimento e dello stato di salute sia eseguito da un unico medico, in quanto questi aspetti sono strettamente legati¹³¹. Infine, altri partecipanti ritengono che questo accertamento debba essere eseguito da uno specialista e solo in caso di dubbi fondati.

Sintetizzando queste proposte, numerose e a volte contrastanti, si potrebbe attribuire la responsabilità delle tre fasi della procedura a un solo medico, indipendente rispetto all'organizzazione. Una simile soluzione avrebbe il vantaggio di essere più semplice e più coerente, in quanto eviterebbe una frammentazione artificiale dell'esame medico e favorirebbe la creazione di un legame tra medico e paziente. Viceversa, sottoporrebbe lo stesso medico ad una pressione notevole, in quanto egli sarebbe chiamato a eseguire i compiti seguenti:

- *esaminare la capacità di discernimento*: in linea di massima, un medico generalista dovrebbe essere in grado di giudicare se il suo paziente è capace di intendere e volere rispetto alla decisione di suicidarsi. Tuttavia, se la situazione è complessa, egli dovrebbe eventualmente rivolgersi a uno psichiatra che lo aiuti a decidere. Secondo il Tribunale federale, la presenza di una perizia psichiatrica approfondita è di fatto necessaria quando si tratta di verificare la capacità di discernimento di una persona affetta da turbe psichiche¹³²;
- *informare il paziente in modo esaustivo («consenso informato»)*: il suicidante può accettare liberamente un aiuto al suicidio solo se conosce perfettamente la malattia di cui è affetto, i vari trattamenti, le possibilità di guarigione e, se la malattia è incurabile, le possibili terapie contro il dolore e i loro effetti secondari¹³³. Inoltre, in caso di consenso a un intervento medico (operazione chirurgica, trattamento, ecc.), la dottrina raccomanda al medico di trasmettere al paziente, prima del colloquio, un'informazione scritta e, dopo il colloquio, di concedergli qualche giorno di riflessione prima di prendere la decisione definitiva¹³⁴. Si tratta di una condizione estremamente importante davanti alla decisione irreversibile di porre fine ai propri giorni. In caso di informazioni incomplete o mancanti, la decisione del suicidante sarebbe viziata da un errore e, di conseguenza, il medico non potrebbe essere considerato come un assistente al suicidio, ma come l'autore (mandante) di un omicidio¹³⁵;
- *prescrivere la sostanza letale nel rispetto delle regole professionali e deontologiche*: secondo la giurisprudenza del Tribunale federale, la dispensazione di una sostanza letale necessita di una prescrizione medica nell'interesse del paziente. La prescrizione di un far-

¹²⁹ Cfr. n. 1.1.7.

¹³⁰ Cfr. DFGP, Sintesi dei risultati 2010 (nota 16), pag. 16.

¹³¹ Cfr. DFGP, Sintesi dei risultati 2010 (nota 16), pag. 17.

¹³² DTF **133** I 58 consid. 6.3.5.2.

¹³³ Su quest'ultimo punto, cfr. M. Schubarth, *op. cit.* (nota 77), pag. 5 seg.

¹³⁴ J.-M. Duc, «La responsabilité civile du médecin», in *PJA* 2008, pag. 1463 seg.; W. Fellmann, «Arzt und das Rechtsverhältnis zum Patienten», in M. W. Kuhn/T. Poledna (ed.), *Arztrecht in der Praxis*, 2a ed., Zurigo 2007, pag. 198 segg.; B. Tag, «Strafrecht im Arzttag», in M. W. Kuhn/T. Poledna (ed.), *Arztrecht in der Praxis*, 2a ed., Zurigo 2007, pag. 708.

¹³⁵ Cfr. n. 1.5.2.2.

maco presuppone una diagnosi effettuata nel rispetto degli obblighi professionali e di diligenza dei medici, la comunicazione delle pertinenti indicazioni, nonché un colloquio informativo¹³⁶.

2.2.3. Malattia incurabile con prognosi di morte imminente

Anche il requisito di una malattia incurabile con prognosi di morte imminente è stato fortemente criticato da un considerevole numero di partecipanti alla procedura di consultazione¹³⁷. Alcuni di loro ritengono che questa condizione sia, da un canto, eccessiva e discriminatoria, perché determinate categorie di persone vengono così escluse dalla possibilità di ricorrere all'assistenza organizzata al suicidio e, dall'altro, che costituisca una violazione del diritto all'autodeterminazione degli individui. Altri sono del parere che la disposizione sarebbe difficilmente applicabile e darebbe adito a procedure discordanti. Altri ancora hanno proposto una normativa meno restrittiva spostando piuttosto l'attenzione sulla sofferenza provocata dalla malattia o dall'infortunio. In sostanza, i partecipanti hanno espresso l'esigenza di permettere un accesso più ampio alle organizzazioni di aiuto al suicidio

Tuttavia, occorre riconoscere che il principio stesso di distinguere tra vite che meritano di essere protette senza riserve e quelle che non lo meritano più è decisamente contestabile. Inoltre, fissare un criterio legato alla malattia non potrebbe mai rivestire la precisione richiesta da una legge penale e sarebbe comunque interpretato in modo differente dalle diverse autorità di perseguimento penale. Una modifica dell'articolo 115 CP che preveda una definizione della malattia o della sofferenza in base alla quale una persona può fare appello alle organizzazioni di aiuto al suicidio non sarebbe quindi accettabile dal punto di vista giuridico né percorribile dal profilo politico.

2.2.4. Condizioni legate all'aspetto finanziario

Le reazioni alla disposizione relativa al finanziamento degli assistenti al suicidio sono state molto contrastanti. Mentre una parte dei partecipanti ha sostenuto che il divieto di percepire un compenso potrebbe compromettere la qualità e la professionalità degli assistenti al suicidio, un'altra parte ha invece proposto di essere ancora più severi, precisando che l'assistenza al suicidio dovrebbe essere prestata a titolo volontario¹³⁸. Per quanto riguarda la disposizione sul finanziamento delle organizzazioni, i partecipanti hanno condiviso l'opinione del DFGP, secondo cui occorre porre dei limiti, pur chiedendosi se una simile disposizione sia attuabile.

Una delle possibili soluzioni sarebbe prevedere che l'assistente al suicidio intervenga solo a titolo volontario, autorizzando l'organizzazione a richiedere la copertura delle spese che ha sostenuto e a riscuotere una quota. La critica secondo cui il volontariato potrebbe compromettere la qualità e la professionalità degli assistenti non è convincente, in quanto quest'argomentazione presupporrebbe, a torto, che un assistente mal retribuito o non retribuito affatto svolgerebbe male la sua attività. Se effettivamente il denaro è stato una motivazione, l'assistente potrebbe essere perseguito per aver agito mosso da motivi egoistici. Inoltre, numerose associazioni formano i propri volontari all'accompagnamento alla morte come anche al sostegno degli intimi del suicidante senza che per questo siano messe in dubbio la loro professionalità e le loro competenze¹³⁹. L'introduzione di una responsabilità penale specifica per i responsabili dell'organizzazione potrebbe essere accantonata; infatti, sulla base di quanto illustrato al capitolo 1.4.2.3, il responsabile può essere chiamato a rispondere di una violazione dell'articolo 115 CP se persegue dei motivi egoistici (vantaggi economici, scopi pubblicitari, motivi ideologici, ecc.); pertanto non è necessaria un'incriminazione specifica.

¹³⁶ DTF 133 I 58, consid. 6.3.2.

¹³⁷ DFGP, Sintesi dei risultati 2010 (nota 16), pag. 19.

¹³⁸ DFGP, Sintesi dei risultati 2010 (nota 16), pag. 21.

¹³⁹ Si possono citare ad esempio i servizi offerti dalla Caritas, da Pro Senectute e dalla Croce Rossa.

2.3. Elementi dell'avamprogetto che potrebbero decadere

2.3.1. Articolo 115 capoverso 2 lettera a AP-CP (libera decisione, ben ponderata e costante)

Questa condizione potrebbe essere soppressa, sebbene sia stata accolta con favore dalla maggioranza dei partecipanti alla procedura di consultazione. Il fatto che un medico debba esaminare la capacità di discernimento del suicidante, informare il paziente in modo esaustivo e prescrivere la sostanza letale sarebbe sufficiente a garantire che la decisione è stata accuratamente ponderata. Inoltre, l'obbligo di rivolgersi a un consultorio qualche settimana prima della prescrizione della sostanza letale, indurrebbe di fatto l'interessato a un ulteriore periodo di riflessione.

2.3.2. Articolo 115 capoverso 2 lettera g AP-CP (obbligo di allestire una documentazione completa)

Questa condizione può essere soppressa sebbene non abbia ricevuto forti critiche. Infatti si tratterebbe soprattutto di una disposizione procedurale, poco pertinente nel Codice penale. D'altra parte, la minaccia di una pena detentiva sino a cinque anni per la violazione di una simile prescrizione (piuttosto di carattere amministrativo) è sproporzionata.

2.3.3. Articolo 115 capoverso 3 lettera a AP-CP (punibilità del responsabile dell'organizzazione per aver acconsentito a un aiuto illegale)

Come correttamente rilevato dall'Università di Ginevra, sarebbe inutile creare un apposito regime di complicità, in quanto la fattispecie è già contemplata dalle disposizioni generali sulla partecipazione. In effetti, se il responsabile e l'assistente al suicidio si sono accordati per compiere un suicidio assistito che non soddisfa tutte le condizioni di cui al capoverso 2, i due partecipanti agirebbero allora consapevolmente e volontariamente e di conseguenza sarebbero punibili in applicazione dell'articolo 115 CP.

2.3.4. Articolo 115 capoverso 3 lettera b AP-CP (punibilità del responsabile dell'organizzazione)

In linea generale, questa disposizione ha sollevato pochi commenti. Se alcuni partecipanti l'hanno apertamente approvata, altri hanno osservato che la sua applicazione potrebbe sollevare qualche problema, poiché è difficile provare la volontà di arricchimento oppure perché non si può essere perseguibili per un lascito di cui si è venuti a conoscenza solo a posteriori. Infine, taluni interpellati criticano la limitazione temporale, in quanto escluderebbe dall'aiuto al suicidio alcune persone¹⁴⁰.

Ricordiamo che l'obiettivo principale di questa disposizione era lottare contro la commercializzazione dell'aiuto al suicidio ed evitare che i responsabili dell'organizzazione potessero trarre profitto dall'aiuto prestato a una persona per togliersi la vita. Il rapporto esplicativo giustificava l'introduzione di questo reato con il fatto che nella dottrina i responsabili dell'organizzazione mossi da motivi egoistici non erano punibili in applicazione della normativa generale sulla partecipazione (art. 24 segg. CP) se l'autore diretto (assistente al suicidio) aveva agito per motivi altruistici¹⁴¹. Tuttavia, come già spiegato più sopra¹⁴², l'applicazione delle disposizioni generali sulla partecipazione all'articolo 115 CP non è per principio possibile e i responsabili di un'organizzazione dovrebbero già poter essere perseguiti in virtù del diritto attuale, a condizione che sia possibile dimostrare che hanno contribuito, in un caso concreto, all'attuazione di un suicidio.

¹⁴⁰ Per i dettagli cfr. DFGP, Sintesi dei risultati 2010 (nota 16), pag. 23 seg.

¹⁴¹ DFGP, Rapporto esplicativo 2009 (nota 15), pag. 26.

¹⁴² Cfr. n. 1.4.2.3.

2.3.5. Articolo 115 capoverso 4 AP-CP (inadempimento intenzionale delle condizioni menzionate al cpv. 2 lett. a-f)

Il capoverso 4 dell'avamprogetto ha ricevuto pochi commenti nell'ambito della consultazione, e tutti positivi. Tuttavia, una nuova analisi della situazione mette in luce l'inadeguatezza di una simile disposizione nel sistema penale svizzero. Reprimere con una pena detentiva sino a tre anni la violazione di un obbligo di vigilanza non solo sarebbe un fatto del tutto nuovo, ma anche e soprattutto sproporzionato. Inoltre, non contribuirebbe neppure a migliorare la vigilanza esercitata dai responsabili delle organizzazioni sugli assistenti al suicidio.

2.3.6. Articolo 115 capoverso 5 AP-CP (inadempimento colposo delle condizioni menzionate al cpv. 2)

Il capoverso 5 dell'avamprogetto era strettamente collegato al capoverso 4. La soppressione del capoverso 4 implicherebbe automaticamente anche quella del capoverso 5.

2.4. Disposizione proposta in seguito alla consultazione

Riassumendo, e sulla base di quanto detto finora, una normativa possibile si allontanerebbe da un criterio legato allo stato di salute del suicidante, rafforzerebbe le misure destinate a garantire che costui è capace di discernimento e attribuirebbe a un solo medico il compito di esaminare tale capacità, di informare il suicidante in maniera esaustiva e, all'occorrenza, di prescrivere il NaP; infine, autorizzerebbe l'aiuto al suicidio solo a titolo volontario. L'articolo 115 riformulato potrebbe essere il seguente:

Art. 115 Istigazione e aiuto al suicidio

¹ Chiunque, per motivi egoistici, istiga qualcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.

² Chiunque, nell'ambito di un'organizzazione di aiuto al suicidio, istiga qualcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria, a meno che non siano adempiute le seguenti condizioni:

- a. nelle quattro settimane precedenti la prescrizione della sostanza letale, la persona che desidera morire si rivolge a un consultorio;
- b. un medico indipendente dall'organizzazione di aiuto al suicidio certifica che la persona che desidera morire è capace di discernimento in relazione al suo intento suicida;
- c. la persona che desidera morire ha deciso liberamente e sulla base di un'informazione completa fornita dal medico menzionato alla lettera b);
- d. la persona che desidera morire utilizza una sostanza letale prescritta dal medico menzionato alla lettera b);
- e. l'assistente al suicidio agisce a titolo gratuito.

³ Il Cantone designa i consultori che soddisfano le condizioni necessarie alla consulenza delle persone che intendono suicidarsi.

2.5. Valutazione della soluzione proposta

La disposizione di cui al capitolo 2.4 del presente rapporto terrebbe conto, almeno in parte, dei pareri espressi nel quadro della procedura di consultazione. Tuttavia, un esame più approfondito indica che essa non migliorerebbe in modo sostanziale lo stato delle cose (soprattutto per quanto riguarda l'aspetto della commercializzazione), in quanto si limiterebbe

a precisare una serie di doveri già previsti dall'articolo 115 CP. In effetti, in virtù del diritto attuale, la persona che si suicida deve essere capace di discernimento, aver ricevuto tutte le informazioni necessarie e non aver subito alcuna pressione¹⁴³. Inoltre, la sostanza letale può essere prescritta solo da un medico che ha eseguito quanto indicato alle lettere b-d della disposizione summenzionata. Infine, affermare che l'assistente al suicidio deve agire su base volontaria è semplicemente un altro modo per dire che non deve perseguire motivi egoistici.

Viceversa, l'introduzione di tale disposizione potrebbe comportare degli svantaggi, tra cui in particolare:

- *la disapprovazione degli ambienti sanitari*: le associazioni che rappresentano gli interessi della comunità medica sono state tra quelle più critiche nei confronti del ruolo loro attribuito dall'avamprogetto. La FMH è contraria che l'aiuto al suicidio diventi un'attività medica e si schiera a favore della proposta che la prescrizione di una sostanza letale rientri nella sfera della responsabilità personale del medico. La variante menzionata rappresenterebbe un'ingerenza nell'attività medica;
- *l'incompatibilità quasi certa con il principio di determinatezza della base legale*: il problema, già presente nell'avamprogetto e nel diritto attuale, non può essere completamente risolto dalle modifiche proposte. La terminologia utilizzata è passibile di varie interpretazioni e rischia di dare adito a pratiche divergenti;
- *la legittimazione delle organizzazioni di aiuto al suicidio*: il fatto di istituire un regime apposito per le organizzazioni di aiuto al suicidio potrebbe contribuire a legittimarle e, in ultima analisi, anche a incentivare persone residenti sia in Svizzera che all'estero a ricorrervi. Questa legittimazione potrebbe dar adito a pensare che esistono determinate vite degne di essere protette e altre no, il che relativizzerebbe l'intangibilità in sé della vita umana e aumenterebbe la pressione sulle persone più fragili;

Questi limiti significativi pesano ancora di più se li si paragona all'evoluzione della situazione intervenuta in seguito alla pubblicazione dei rapporti 2006 e 2007. L'adozione della disposizione proposta contraddirebbe non solo tutto il lavoro finora fatto per sviluppare la prevenzione del suicidio e le cure palliative (cfr. n. 3), ma anche i progressi raggiunti a livello di giurisprudenza e di prassi delle autorità amministrative, giudiziarie e sanitarie menzionate ai capitoli 1.2.4 e 1.4.6 (rifiuto di concedere l'autorizzazione a utilizzare un'abitazione per effettuare i suicidi assistiti, rifiuto di prolungare un'autorizzazione ad esercitare la professione medica, precisazioni giurisprudenziali sul deposito e la prescrizione del NaP, adozione di regolamenti da parte di ospedali e case di cura, ecc.).

3. Consolidamento e divulgazione delle alternative al suicidio

3.1. Premessa

Come già illustrato, le attuali basi legali sono sufficientemente efficaci per contrastare gli abusi nell'ambito dell'aiuto al suicidio, tuttavia, non contribuiscono in alcun modo a ridurre il numero dei suicidi assistiti.

Considerando l'evoluzione demografica occorre prevedere un aumento dei suicidi assistiti, in particolare tra le persone anziane. Bisogna pertanto intervenire, dal momento che la priorità assoluta deve restare quella di ridurre sul lungo periodo il numero dei suicidi.

Per questa ragione il DFI ha individuato le possibili misure per consolidare l'autodeterminazione in caso di malattia. Se la volontà di togliersi la vita persiste anche dopo aver attuato tutte le misure preventive, compresa la consulenza sulle alternative al suicidio, allora occorre accettarla. Tali misure si rivolgono innanzitutto alla popolazione svizzera e, va detto, non arrivano praticamente a coinvolgere coloro che dall'estero giungono in Svizzera per ricorrere al suicidio assistito.

¹⁴³ Cfr. le spiegazioni al n. 1.4.2.2.

3.1.1. L'autodeterminazione in caso di suicidio assistito

L'aspetto dell'autodeterminazione gioca un ruolo fondamentale in un suicidio assistito. Nel sondaggio condotto dall'Università di Zurigo¹⁴⁴, di cui si è accennato al capitolo 1.2.5, si chiedevano alla popolazione le ragioni di un atteggiamento favorevole all'aiuto al suicidio e il motivo più frequentemente addotto è stato il diritto all'autodeterminazione («ogni persona adulta dovrebbe poter decidere liberamente su quando porre fine alla propria vita»). In un sondaggio condotto su incarico di EXIT, il 98 per cento di membri e il 93 per cento di non membri dell'organizzazione si sono dichiarati favorevoli al fatto che una persona possa decidere autonomamente sul suo destino in caso di una malattia incurabile.¹⁴⁵

Questa necessità di autodeterminarsi rispecchia la società odierna. La generazione che, nei prossimi anni, raggiungerà l'età di pensionamento si è impegnata a fondo per ottenere il diritto all'autodeterminazione, che farà valere anche nella fase terminale della propria vita.

In caso di suicidio assistito non possono mancare due condizioni fondamentali per promuovere l'autodeterminazione in fase terminale, ossia:

1. la conoscenza delle diverse offerte di assistenza nella fase terminale della vita (soprattutto le cure palliative);
2. la possibilità di prendere liberamente le proprie decisioni, possibilmente senza essere influenzati da sofferenze fisiche, psichiche o sociali.

Attualmente queste due condizioni possono essere ulteriormente migliorate, soprattutto in situazioni di malattia all'ultimo stadio. I due capitoli seguenti ne illustrano le cause.

3.1.2. Conoscere le offerte di assistenza in fase terminale

Oggi la società percepisce le organizzazioni di aiuto al suicidio come possibilità per tutelare l'autodeterminazione in fase terminale. Lo slogan della homepage di EXIT è infatti proprio «Autodeterminazione nella vita e per la morte»¹⁴⁶, mentre Dignitas, nel suo statuto, si pone l'obiettivo di garantire ai propri membri una vita e una morte dignitose.¹⁴⁷

Gli Svizzeri conoscono poco le possibili alternative per tutelare il diritto all'autodeterminazione in fase terminale, ossia le cure palliative, il testamento biologico, la diagnosi precoce e il trattamento delle depressioni, alternative ancora poco disponibili capillarmente sul territorio. In tale contesto occorre ancora fare molto per consolidare l'autodeterminazione in fase terminale.

3.1.3. Condizioni per una libera decisione

Le malattie psichiche, in particolare i disturbi depressivi, sono pertanto una delle principali cause di suicidio. Spesso la depressione si presenta in tarda età come disturbo collaterale ad altre malattie incurabili e invalidanti. In un quadro clinico già complicato è difficile riconoscere per tempo un disturbo depressivo e quindi curarlo correttamente. Per le persone anziane, inoltre, anche eventuali problemi fisici possono costituire un fattore di rischio per un comportamento suicida. Uno studio ha dimostrato che le sofferenze fisiche sono il motivo principale che spinge una persona a chiedere un suicidio assistito.¹⁴⁸ Infine, anche le condizioni di vita della singola persona rivestono un ruolo fondamentale. Il rischio **dell'isolamento sociale** a partire dai 75 anni è piuttosto elevato.¹⁴⁹ Diversi altri fattori, come ad esempio un cattivo stato di salute, una mobilità limitata, ecc. possono ulteriormente aumentare questo

¹⁴⁴ C. Schwarzenegger/P. Manzoni/D. Studer/C. Leanza, *op. cit.* (nota 59).

¹⁴⁵ Exit (2006), *Leben und Sterben. Repräsentative Meinungsstudie zum Thema Sterbehilfe. Wiederholungs- und Ergänzungsstudie 2006*, condotto dall'istituto GfK Switzerland su un campione di 318 membri di Exit e 350 non membri.

¹⁴⁶ www.exit.ch, stato al 2 aprile 2011

¹⁴⁷ www.dignitas.ch, stato al 2 aprile 2011

¹⁴⁸ Fischer *et al.*, *op. cit.* (nota 30), pag. 333-338.

¹⁴⁹ Gazareth/Modetta (2006): *Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse*. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel.

rischio. Il vivere da soli, risorse finanziarie limitate, preoccupazioni per il proprio sostentamento e una formazione scolastica di livello piuttosto basso costituiscono altri fattori determinanti.

La «libera decisione» del suicidante, così come prevista dall'attuale articolo 115 CP¹⁵⁰, è quindi compromessa e, anche in questo ambito, l'autodeterminazione al momento attuale non può essere completamente garantita.

3.1.4. Sintesi: necessità di rafforzare l'autodeterminazione in fase terminale

Le previsioni demografiche indicano che, entro il 2030, il numero degli ultraottantenni sarà più che raddoppiato.¹⁵¹ Mantenendo le attuali condizioni quadro giuridiche per il suicidio assistito e senza adottare ulteriori misure, il numero dei suicidi (assistiti) in questa fascia di età è destinato verosimilmente ad aumentare. Pertanto occorre optare per provvedimenti in grado di rafforzare l'autodeterminazione nella fase terminale della vita, come illustrato al capitolo 3.1.1.

Il seguente capitolo illustra quanto finora fatto dalla Confederazione, la necessità di intervento e le misure possibili.

3.2. Attività svolte, necessità d'intervento e possibili misure per consolidare l'autodeterminazione nella fase terminale della vita

Nel quadro delle sue limitate possibilità, la Confederazione ha già adottato, in collaborazione con i Cantoni, una serie di misure volte a rafforzare l'autodeterminazione, in particolare in contesti caratterizzati da malattie in fase terminale. Per far conoscere alla grande maggioranza della popolazione suicidio tutte le offerte di assistenza in fase terminale e affinché decisioni di vitale importanza siano prese il più possibile senza l'influenza di sofferenze fisiche, psichiche e/o sociali, occorre continuare con dette misure e intensificarle nel lungo periodo. Solo in questa maniera è possibile evitare che il numero dei suicidi (assistiti), soprattutto tra le persone anziane, aumenti in modo esponenziale.

Come è noto, le varie offerte nell'ambito dell'assistenza sanitaria sono di competenza dei Cantoni. Il margine di manovra della Confederazione si limita alla rilevazione di basi scientifiche e ad attività d'informazione e comunicazione nell'ambito delle cure palliative nonché della diagnosi precoce e del trattamento delle depressioni destinate agli stessi Cantoni e alle organizzazioni di settore¹⁵². Di seguito sono illustrati gli interventi finora attuati e quelli ancora necessari.

3.2.1. Rilevazione di basi scientifiche

Per poter pianificare le attività d'informazione o di formazione e le offerte di supporto presso i Cantoni, è necessario disporre di dati scientifici precisi.

3.2.1.1. Attività finora intraprese dalla Confederazione

Nella primavera del 2010, il Consiglio federale ha stanziato 15 milioni di franchi per avviare il PNR 67, ossia il programma nazionale di ricerca dedicato alla fase finale della vita (*Lebensende*). Si tratta di un programma, il cui bando di concorso è stato indetto il 16 febbraio 2011, e che si protrarrà per i prossimi cinque anni. L'obiettivo del PNR 67 consiste nell'elaborare scientificamente una serie di conoscenze pratiche e teoriche sull'ultima fase di vita e di metterle a disposizione dei decisori (in ambito sanitario, politico e professio-

¹⁵⁰ Cfr. n. 1.5.2.2

¹⁵¹ Monod-Zorzi, Stéfanie *et al.* (2007): *Maladies chroniques et dépendance fonctionnelle des personnes âgées. Données épidémiologiques et économiques de la littérature*, Neuchâtel, Osservatorio svizzero della salute (Obsan).

¹⁵² Cfr. n. 3.3.

nale) chiamati a occuparsi dei pazienti che si trovano in tale fase. Queste conoscenze devono contribuire concretamente a:

- valutare meglio la situazione previdenziale delle persone in fase terminale e individuare particolari lacune o situazioni problematiche presenti nella copertura previdenziale;
- mettere a disposizione degli interessati e dei membri dei team di trattamento dati di base approfonditi per decisioni e procedure adeguate;
- definire le condizioni di una previdenza sanitaria correttamente e dignitosamente impostata per la fase terminale, sviluppare la normativa giuridica necessaria e considerare le implicazioni etiche;
- capire meglio gli sviluppi sociali attuali e riuscire a interpretare quelli futuri;
- migliorare la ricerca scientifica sulla fase terminale della vita e sulle cure palliative.

Nella statistica delle cause di morte, l'Ufficio federale di statistica documenta le cause della mortalità in Svizzera. A partire dal 1° gennaio 2011 la statistica sul suicidio assistito è stata modificata: essa riporterà anche le malattie per le quali una persona ricorre a questa soluzione. Nella statistica medica degli ospedali sono inoltre rilevate anche le persone ricoverate e curate in seguito a un tentato suicidio. Sempre dal 1° gennaio 2011 questa statistica comprende anche una voce per le cure palliative specialistiche ricevute durante un ricovero ospedaliero. I dati saranno raccolti fino a giugno 2012 e quindi valutati; i primi risultati saranno probabilmente disponibili a giugno 2013.

3.2.1.2. Necessità d'intervento

Attualmente per consolidare l'autodeterminazione nella fase terminale della vita mancano rilevazioni costanti di dati. Il PNR 67 darà certo un forte impulso alla ricerca e risponderà a molte domande, tuttavia non potrà colmare le lacune di una rilevazione discontinua. Manca ad esempio il rilevamento regolare delle circostanze del decesso e in particolare del luogo in cui è avvenuto. Si sa poco su come le persone in Svizzera trascorrono gli ultimi mesi o settimane di vita. Queste basi statistiche sono invece fondamentali per pianificare gli interventi e le ulteriori misure di informazione e di formazione. Mancano in particolare i seguenti dati:

- indicazioni sul luogo del decesso;
- analisi specifiche dei dati, attualmente rilevati (ma non analizzati) nella statistica medica degli ospedali e in quella degli istituti sanitari non ospedalieri, riguardanti il decorso della fase terminale in caso di ricovero ospedaliero. Da tale decorso si potrebbe risalire ai ricoveri ospedalieri e alle relative dimissioni (da quale/a quale istituto/ospedale) oppure al numero e alle cause dei ricoveri ospedalieri;
- analisi specifiche dei dati, attualmente rilevati (ma non analizzati) nella statistica medica degli ospedali e in quella degli istituti sanitari non ospedalieri, riguardanti i tentativi di suicidio curati nell'ambito di un ricovero ospedaliero;
- dati sulla diffusione e la conoscenza del testamento biologico;
- dati sulla frequenza di forme depressive o ansia concomitanti in particolare con malattie fisiche o isolamento sociale.

3.2.1.3. Possibili misure della Confederazione

- **Rilevamento del luogo del decesso:** la variabile «luogo del decesso» andrebbe inserita nella statistica delle cause di morte.
- **Studio sul decorso della fase terminale presso le strutture ospedaliere:** i dati già rilevati nella statistica medica degli ospedali e in quella degli istituti sanitari non ospedalieri andrebbero analizzati retroattivamente per conoscere il decorso della fase terminale della vita.

- **Analisi dei tentativi di suicidio curati nell'ambito di un ricovero ospedaliero:** la statistica medica degli ospedali andrebbe analizzata retroattivamente su più anni tenendo conto dei tentativi di suicidio.

3.2.2. Cure palliative¹⁵³

Una componente importante delle cure palliative è la terapia del dolore. Nella fase terminale della malattia, sia nel caso di tumori sia per altre patologie letali, i dolori compromettono la qualità della vita, spesso in modo determinante. Un'efficace terapia del dolore, che comprenda il ricorso a tutti i mezzi disponibili, potrebbe attenuare moltissimo l'orrore della malattia e offrire al paziente la possibilità di congedarsi consapevolmente dal mondo.¹⁵⁴

Anche il rafforzamento dell'autodeterminazione è un aspetto fondamentale delle cure palliative.¹⁵⁵ L'interessato resta al centro della sua vita e la sua capacità decisionale è rafforzata in modo tale che possa personalmente scegliere il luogo e il tipo di trattamento, le cure correlate e l'accompagnamento. Il malato è incoraggiato a esprimere le sue volontà quando ancora le sue facoltà cognitive glielo consentono. Se una persona non è più capace di discernimento, vale la volontà espressa al riguardo in un eventuale testamento biologico¹⁵⁶. Il testamento biologico permette ai pazienti di esercitare il loro diritto all'autodeterminazione, affinché siano prese decisioni etiche il più possibile trasparenti nel rispetto dello spirito di tale testamento; infine esso alleggerisce il ruolo delle persone vicine al malato e del team di trattamento.¹⁵⁷

3.2.2.1. Offerta e divulgazione delle cure palliative in Svizzera

Attualmente l'offerta di prestazioni nell'ambito delle cure palliative varia a seconda dei Cantoni: in alcuni è già piuttosto ampia, mentre in molti altri è ancora in fase di definizione.

Per sensibilizzare al tema delle cure palliative, alla fine del 2009 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha commissionato un sondaggio rappresentativo presso la popolazione svizzera.¹⁵⁸ Dai risultati dell'inchiesta emerge che meno della metà degli intervistati ha già sentito parlare delle «cure palliative». Tuttavia, le differenze regionali sono piuttosto marcate: nella Svizzera tedesca solo un terzo degli intervistati ha già sentito parlare almeno una volta di cure palliative, mentre tale numero sale al 78 per cento nella regione del lago di Ginevra. Le donne sono più informate degli uomini e il grado di conoscenza è direttamente proporzionale al livello di formazione: quanto più è elevato il livello di studi tanto più si conoscono le cure palliative.

Alcuni specialisti del settore sanitario non conoscono sufficientemente bene i possibili trattamenti specifici (ad es. a livello di terapia del dolore), laddove, nella maggior parte dei casi, sono proprio gli specialisti del sistema sanitario di base a costituire il primo punto di contatto per gli interessati e i loro parenti. Stando al sondaggio citato, la maggioranza delle persone si rivolgerebbe innanzitutto al proprio medico curante per avere dei consigli in merito alle cure palliative richieste.

¹⁵³ Le cure palliative rientrano nel trattamento medico di persone affette da malattie incurabili, potenzialmente letali e cronico-degenerative. Impiegate in uno stadio precoce della malattia, sono prese in considerazione quando la malattia è considerata incurabile e la guarigione non rappresenta più l'obiettivo primario. Esse garantiscono ai pazienti la migliore qualità di vita possibile – tenuto conto della loro situazione – fino alla morte, oltre ad offrire un sostegno adeguato alle persone più vicine al malato. Prevengono sofferenze e complicazioni. Comprendono trattamenti medici e interventi infermieristici, oltre a un sostegno psicologico, sociale e spirituale.

¹⁵⁴ Kunz, Roland (2009): «Palliative Care – schwierige Entscheidungen am Lebensende», in *Therapeutische Umschau 2009*, pag. 603.

¹⁵⁵ Cfr. Ufficio federale della sanità e Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (2010): «2. Leitlinie: Grundwerte in der Palliative Care», in *Nationale Leitlinien Palliative Care*.

¹⁵⁶ Cfr. Direttiva medico-etica sul testamento biologico, *Patientenverfügung*, redatta dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM (disponibile in tedesco e francese).

¹⁵⁷ Ritzenthaler-Spielmann, Daniela (2009): «Die Patientenverfügung als Kommunikations- und Entscheidungs-instrument», in *Therapeutische Umschau 2009*, pagg. 585-589.

¹⁵⁸ GfK Switzerland AG (2009): *Sondaggio cure palliative*, condotto su mandato dell'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP).

I dati sulla divulgazione del testamento biologico non sono univoci. Dal sondaggio commissionato dall'UFSP emerge che circa il 50 per cento degli intervistati sa cos'è un testamento biologico. La prassi dimostra che è soprattutto il funzionamento di tale testamento (possibilità di aggiornarlo e di registrarlo) a destare ancora molte domande. Lo conferma anche uno studio condotto dalla Deutsche Hospiz Stiftung¹⁵⁹, secondo cui la metà degli intervistati ritiene le condizioni legali poco chiare e inoltre ignora il contenuto che può essere affidato a un testamento biologico e anche la forma in cui deve essere redatto. La percentuale di persone che ha compilato un testamento di questo tipo è piuttosto bassa, secondo il sondaggio commissionato dall'UFSP non supera il 12 per cento.

3.2.2.2. Attività finora intraprese dalla Confederazione

Nell'ambito del Dialogo sulla Politica nazionale della sanità, il 22 ottobre 2009 la Confederazione e i Cantoni hanno adottato la «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012», con il proposito di diffondere in Svizzera il ricorso alle cure palliative con l'aiuto degli attori principali. Tutti i malati incurabili o in fase terminale devono poter accedere a queste cure, affinché la qualità della loro vita migliori.

Per raggiungere questo obiettivo, si è deciso di introdurre nell'arco del biennio 2010-2012 una serie di misure suddivise in sei distinti progetti parziali («Assistenza», «Finanziamento», «Sensibilizzazione», «Formazione», «Ricerca» e «Diffusione»). La direzione generale della strategia è affidata all'UFSP. I progetti parziali sono cogestiti da rappresentanti dell'UFSP, della Conferenza dei direttori cantonali della sanità (CDS), dell'UFFT, dell'Ufficio federale di statistica e della Società svizzera di medicina e cure palliative «palliative ch».¹⁶⁰

Nell'ambito del progetto parziale «Sensibilizzazione», un gruppo di lavoro composto da rappresentanti dell'UFSP, della CDS e di diverse organizzazioni specializzate ha realizzato e messo a disposizione dei Cantoni un opuscolo con informazioni generali sulle cure palliative. L'idea è che i Cantoni stessi compilino la pagina prevista con le offerte disponibili nel proprio territorio e quindi distribuiscano la pubblicazione nel Cantone. I costi di stampa sono a carico dei Cantoni, mentre quelli per le modifiche vengono coperti dalla CDS. Infine, con il supporto finanziario dell'UFSP, il sito www.palliative.ch è stato ampliato e trasformato in un portale informativo completo sulle cure palliative. Il sito è accessibile a tutti i cittadini interessati.

3.2.2.3. Necessità d'intervento

L'allestimento di offerte di assistenza compete ai Cantoni. La «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012» illustra le condizioni quadro che supportano e semplificano questo compito. Tuttavia, a causa della scarsità delle risorse, non sarà probabilmente possibile raggiungere entro la fine del 2012 l'obiettivo generale del progetto parziale «Sensibilizzazione», ossia «la popolazione svizzera è consapevole dei benefici delle cure palliative e ne conosce l'offerta».

Finora sono state distribuite, soprattutto nella Svizzera tedesca, circa 200 000 copie della pubblicazione. Va sottolineato che un opuscolo informativo generico non è in grado da solo di trasmettere quanto si deve sapere sulle cure palliative. Per una tale operazione occorre tempo e una campagna informativa precisa e ripetuta, orientata ai target e ben articolata nel lungo periodo, affinché la conoscenza delle cure palliative entri a far parte del bagaglio culturale della popolazione. Pertanto anche le alternative al suicidio devono essere costantemente presenti sui vari mass media. In tale contesto vanno ricordate le possibilità offerte dal testamento biologico, anche nell'interesse delle autorità cantonali di protezione degli adulti.

Inoltre l'opuscolo non è in grado di raggiungere la popolazione migrante presente nel nostro Paese; per farlo, occorre innanzitutto conoscere i valori e i bisogni culturali e religiosi dei gruppi etnici in merito alla fase terminale della vita. Dopodiché le informazioni vanno adattate, rielaborate e infine tradotte nelle varie lingue.

¹⁵⁹ Deutsche Hospiz Stiftung (2005): *Wie denken die Deutschen über Patientenverfügungen?* Consultabile all'indirizzo: <http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/32.pdf>.

¹⁶⁰ Per conoscere lo stato attuale del progetto, rimandiamo al sito www.bag.admin.ch/palliativecare.

Per divulgare le cure palliative sul territorio presentandole come una valida alternativa al suicidio assistito, è necessario che la Confederazione se ne assuma la responsabilità. È pertanto imprescindibile che le attività già in corso nei vari Cantoni siano portate avanti e intensificate anche al termine del progetto «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012».

3.2.2.4. Possibili misure della Confederazione

- **Elaborazione di informazioni sulle offerte di assistenza in fase terminale:** la Confederazione dovrebbe mettere a disposizione dei Cantoni e delle organizzazioni interessate una serie di informazioni, chiare e orientate ai target, concernenti le alternative al suicidio assistito. Tale approccio comporta anche l'analisi del target specifico, una presenza costante sui media e la trasmissione del materiale informativo ai servizi cantonali preposti.
- **Adattamento delle informazioni per la popolazione migrante:** per individuare i valori e le esigenze dei gruppi di migranti presenti nel nostro Paese in merito alla fase terminale della vita, andrebbero condotti dei colloqui con i cosiddetti gruppi focus. Il materiale informativo andrebbe quindi modificato conseguentemente.
- **Elaborazione di informazioni per gli specialisti:** nella maggior parte dei casi, il personale del servizio sanitario di base (medici di famiglia, Spitex, ecc.) è il primo ad essere interpellato in merito a questioni legate alla salute e pertanto va sensibilizzato sull'autodeterminazione dei pazienti. A tale scopo, in collaborazione con i Cantoni e le organizzazioni principali, vanno chiarite e introdotte misure appropriate e mirate (ad es. organizzazione di incontri di coordinamento, realizzazione di materiale informativo).

3.2.3. Diagnosi precoce e trattamento delle depressioni

Una persona affetta da una malattia incurabile e gravemente invalidante spesso soffre anche di depressione. Proprio in tale contesto questa seconda patologia non viene riconosciuta e quindi neppure correttamente trattata. Le forme depressive accentuano i problemi cognitivi e fisici; inoltre, richiedono prestazioni supplementari non solo di carattere medico. Si tratta di patologie che minano l'autosufficienza delle persone, aumentando il bisogno di cure soprattutto negli anziani. In seguito all'invecchiamento demografico, il numero delle persone depresse è destinato ad aumentare.¹⁶¹

3.2.3.1. Informazioni sui disturbi depressivi in Svizzera

Un sondaggio del 2010 mostra che la maggioranza degli Svizzeri sa cosa si intende per depressione,¹⁶² sebbene il termine resti un concetto piuttosto astratto di cui si conoscono ancora poco i sintomi e il decorso. Solo il 17 per cento degli intervistati ha una conoscenza più approfondita della malattia. Per quanto riguarda il grado di apertura nei confronti di questa patologia, vi sono sostanziali differenze tra i sessi e le fasce d'età: le donne e i più giovani sono meglio informati sul tema e ne parlano più apertamente. Gli uomini e le persone più anziane, invece, si mostrano più chiusi e meno informati. Proprio durante la vecchiaia, dunque, con i suoi profondi cambiamenti (cessazione dell'attività lavorativa, malattia, isolamento sociale, ecc.) una persona rischia maggiormente di cadere in depressione¹⁶³.

Secondo lo studio condotto dall'UFSP sulle depressioni segnalate al medico di famiglia, nel 2008 la Svizzera ha registrato un numero di casi decisamente inferiore rispetto alla Germania. A livello svizzero, nello stesso anno, su 1000 consulti effettuati dal medico di famiglia, 13 riguardavano casi di depressione; per tre quarti di questi ultimi, il medico ha riscontrato la presenza di almeno un'altra malattia comorbida. Questa percentuale varia a seconda della

¹⁶¹ Höpflinger, François/Hugentobler, Valérie: *Pflegebedürftigkeit in der Schweiz – Prognosen und Szenarien für das 21. Jahrhundert*. Buchreihe des Schweizerischen Gesundheitsobservatoriums, Berna, 2003.

¹⁶² Sondaggio GfS 2010, *Depression – was weiss die Schweiz darüber?*, realizzato su mandato della Fondazione Werner Alfred Selo.

¹⁶³ Ufficio federale della sanità pubblica (2010) *Depressionen in der hausärztlichen Praxis – eine Analyse der im Sentinella erfassten Meldungen*. Bulletin 45/10, pag. 1075-1078.

gravità della depressione e raggiunge il massimo grado nelle patologie più gravi. Degne di nota, sebbene lo studio non ne dia spiegazione, sono le forti differenze regionali.

Entrambi gli studi forniscono una panoramica completa e aggiornata sulle modalità di diagnosi e di trattamento delle forme depressive presso il servizio sanitario di base. Dall'analisi di tali approcci emerge chiaramente che anche in Svizzera occorre adottare una prassi omogenea per ottimizzare la diagnosi precoce e il trattamento delle depressioni. Essi mettono chiaramente in evidenza che occorre procedere in modo omogeneo anche in Svizzera in linea con il programma «Alleanza contro la depressione»¹⁶⁴

3.2.3.2. Attività finora intraprese dalla Confederazione e dai Cantoni

Tra il 2000 e il 2002 un gruppo di ricercatori della rete tedesca di competenze *Depression* ha sviluppato il programma d'azione *Bündnis gegen Depression*, articolato in quattro livelli di intervento. La valutazione scientifica di questo programma, condotto a Norimberga, ha confermato che esso può migliorare sensibilmente le condizioni di assistenza e di vita dei depressi. In seguito a questi soddisfacenti risultati, il programma è stato rapidamente introdotto in tutta la Germania e in altri Paesi europei.

Nel biennio 2003-2005, anche il Cantone di Zugo ha adottato con successo il programma d'azione *Bündnis gegen Depression*, confermando che il modello, leggermente modificato, può funzionare anche in Svizzera. L'UFSP ha quindi acquistato le licenze del programma e lo ha messo gratuitamente a disposizione dei partner regionali. Finora i Cantoni di Appenzello Interno ed Esterno, Basilea Città, Berna, Ginevra, Grigioni, Lucerna, Soletta e Turgovia hanno introdotto il programma; altri Cantoni si sono mostrati interessati. In seguito al forte interesse, l'UFSP ha adattato il materiale informativo alle specifiche esigenze culturali della popolazione straniera presente nel nostro Paese e lo ha fatto tradurre in diverse lingue.

3.2.3.3. Necessità d'intervento

Il citato studio GfS giunge alla conclusione che anche in Svizzera occorre avviare un'ampia azione informativa. Innanzitutto è fondamentale concentrarsi sulle misure che incoraggiano le persone anziane ad aprirsi al dialogo; in quest'ottica, gli specialisti del servizio sanitario di base rivestono un ruolo centrale (medici di famiglia, Spitex ecc.). Tali specialisti costituiscono le prime persone a cui gli anziani si rivolgono in caso di problemi di salute. Pertanto devono essere particolarmente attenti a diagnosticare precocemente una forma depressiva e quindi a trattarla debitamente.

Assodata la necessità di migliorare anche in Svizzera l'aggiornamento dei medici di base in merito alla diagnosi e al trattamento della depressione, va da sé che occorra portare avanti il programma *Bündnis gegen Depression*.

3.2.3.4. Possibili misure della Confederazione

- **Convincere altri Cantoni a introdurre il programma sulla diagnosi precoce e l'ottimizzazione delle cure della depressione *Bündnis gegen Depression*:** lo scambio di conoscenze tra i Cantoni va intensificato e andrebbe creata una rete di contatti costanti tra i Cantoni e le organizzazioni specializzate.
- **Adattamento e aggiornamento del materiale di formazione per la diagnosi precoce e l'ottimizzazione delle cure della depressione:** il materiale (in particolare in rapporto alla multimorbilità) deve essere aggiornato per le varie categorie professionali e adeguato sia alla situazione svizzera sia ai nuovi standard didattici. Va inoltre messo a disposizione delle strategie cantonali e regionali volte a contrastare la depressione.
- **Rilevamento della prassi dei medici di base nella diagnosi e nella cura della depressione:** lo studio Sentinella *Depressionen in der hausärztlichen Praxis* andrebbe ripetuto.

¹⁶⁴ <http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/03923/index.html>.

3.2.4. Impedire l'isolamento sociale

L'isolamento sociale dipende fortemente dal supporto e dalle risorse che un individuo ha a disposizione in base ai suoi rapporti con le altre persone.

Spesso l'isolamento sociale accentua situazioni negative già presenti (ad es. la povertà, un cattivo stato di salute, la disoccupazione). Il fenomeno comporta la creazione e il finanziamento di strutture che sostituiscano la solidarietà assicurata un tempo dalla famiglia o dal vicinato e grazie alla quale era possibile curare a casa le persone convalescenti. Non tutta la popolazione è destinata all'isolamento sociale: vi sono gruppi più esposti al rischio, come le persone anziane (a partire dai 75 anni), chi vive solo e chi versa in cattive condizioni di salute.¹⁶⁵ Inoltre, una delle preoccupazioni più diffuse è essere di peso ai propri cari perché malati o/e in fase terminale.

Al riguardo occorre ricordare che in Svizzera la maggior parte dell'assistenza e delle cure viene prestata dalla cerchia delle persone più prossime al malato. Tuttavia, la famiglia come cellula sociale sta profondamente cambiando; in particolare le donne professionalmente attive sono sempre meno in grado di soddisfare questi compiti supplementari, il che in futuro potrebbe ulteriormente aumentare l'isolamento sociale.

3.2.4.1. Necessità d'intervento

Per evitare che l'isolamento sociale si trasformi vieppiù in un fattore di rischio per il suicidio (assistito), occorre adottare una serie di misure. In particolare, è necessario conciliare meglio la vita professionale e l'assistenza ai famigliari. Negli ultimi anni questo tema è stato affrontato da diversi interventi politici.¹⁶⁶

3.2.4.2. Possibili misure della Confederazione

Conciliare meglio la vita professionale e l'assistenza ai familiari: la Confederazione dovrebbe istituire un gruppo di lavoro interdipartimentale incaricato di analizzare la situazione attuale e proporre eventuali misure per poter conciliare meglio attività lavorativa e cura dei famigliari.

3.3. Condizioni quadro giuridiche

Lo Stato è chiamato ad adempiere un mandato fondamentale riguardante la protezione della vita e della libertà personale (art. 10 Cost.). È pertanto nell'interesse della Confederazione ridurre il più possibile il numero dei suicidi (assistiti) e rafforzare l'autodeterminazione, in particolare dei malati gravi in fase terminale.

¹⁶⁵ Gazareth, Pascale/Modetta, Catherine (2006): *Intégration et réseaux sociaux. Déterminants de l'isolement social en Suisse*. Ufficio federale di statistica, Neuchâtel.

¹⁶⁶ Interpellanza Schenker Silvia 11.3252 «Nuovo finanziamento delle cure. Conseguenze negative per le persone bisognose di cure assistite a domicilio», depositata il 18 marzo 2011 ;
Iniziativa parlamentare Meier-Schatz Lucrezia 11.411 «Assegno di accompagnamento alle persone che assistono i propri familiari», depositata il 15 marzo 2011;
Postulato Schenker Silvia 08.3955 «Migliorare la situazione dei familiari che prestano cure», depositato il 19 dicembre 2008, tolto di ruolo il 17 dicembre 2010 poiché pendente da più di due anni;
Mozione Meier-Schatz Lucrezia 08.3833 «Modifica della disposizione concernente il diritto al computo degli accrediti per compiti assistenziali», depositata il 16 dicembre 2008 e tolta di ruolo il 20 marzo 2009;
Postulato Meier-Schatz Lucrezia 06.3691 «Riconoscimento delle prestazioni di cura fornite dai familiari. Analisi della situazione», depositato il 13 dicembre 2006 e tolto di ruolo il 23 marzo 2009 poiché pendente da più di due anni;
Interpellanza Joder Rudolf 04.3698 «Incentivi fiscali e di diritto delle assicurazioni sociali per l'assistenza volontaria agli anziani», depositata il 15 dicembre 2004 e liquidata il 18 marzo 2005;
Mozione Hubmann Vreni 04.3528 «Accrediti per compiti assistenziali per le cure prestate a grandi invalidi», depositata il 6 ottobre 2004 e tolta di ruolo il 6 ottobre 2006, poiché pendente da più di due anni;
Mozione Leuthard Doris 02.3546 «Sostegno all'assistenza a domicilio prestata da parenti e conoscenti», depositata il 2 ottobre 2002 e tolta di ruolo l'8 ottobre 2004, poiché pendente da più di due anni.

3.3.1. Rilevazione di basi scientifiche

La rilevazione di basi scientifiche è disciplinata dall'articolo 3 della legge del 9 ottobre 1992 sulla statistica federale (LStat)¹⁶⁷. La statistica federale deve fornire informazioni rappresentative sulle condizioni e sull'evoluzione della popolazione, dell'economia e dell'ambiente in Svizzera. Essa serve per la preparazione, l'esecuzione e la valutazione di compiti federali, per l'analisi dei settori nei quali i compiti della Confederazione e dei Cantoni sono strettamente connessi (ad esempio nell'ambito della sanità e dell'assistenza sociale), come anche per promuovere la realizzazione di progetti di ricerca d'importanza nazionale.

Il rilevamento della prassi dei medici di base nella diagnosi e nella cura delle depressioni (dati Sentinella, cfr. cap. 3.2.3.4) è disciplinato dall'articolo 9 capoverso 3 lettere b e c dell'ordinanza del 28 giugno 2000 sull'organizzazione del Dipartimento federale dell'interno (OOrg-DFI)¹⁶⁸: l'UFSP dirige la ricerca in materia di sanità, di assicurazione malattia, assicurazione infortuni e assicurazione militare, di formazione, perfezionamento ed aggiornamento nelle professioni mediche accademiche. L'Ufficio collabora alla direzione di importanti processi di politica sanitaria e di politica sociale e all'elaborazione delle basi necessarie allo scopo. Un'altra base legale è costituita dalla Costituzione federale segnatamente l'articolo 64 capoverso 1 («La Confederazione promuove la ricerca e l'innovazione») e capoverso 2 («Può subordinare il suo sostegno in particolare all'assicurazione della qualità e al coordinamento.»).

3.3.2. Attività d'informazione destinata ai Cantoni

Queste misure si basano sull'OOrg-DFI e sulla Convenzione tra Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) e Confederazione svizzera, rappresentata dal Dipartimento federale degli interni (DFI), in materia di politica nazionale svizzera della sanità. Il capitolo 3.2 della precitata Convenzione prevede che le parti stabiliscano le attività di base, preparazione e sviluppo per i compiti e i progetti nazionali, paralleli, complementari o comuni e che si accordino in merito alle modalità di attuazione. Sia la «Strategia nazionale in materia di cure palliative 2010-2012» che la *Bündnis gegen Depression* sono progetti della Confederazione e dei Cantoni già in corso che si richiamano alla Convenzione.

Secondo l'articolo 9 capoverso 2 lettera c dell'OOrg-DFI, l'UFSP persegue in particolare l'obiettivo di fornire alla popolazione e alle cerchie attive nel settore sanitario le informazioni necessarie su questioni riguardanti la salute e lo sviluppo sanitario. In base al capoverso 3 lettera c l'UFSP collabora alla direzione di importanti processi di politica sanitaria e di politica sociale e all'elaborazione delle basi necessarie allo scopo.

La documentazione scientifica relativa agli adattamenti transculturali del materiale informativo e lo sviluppo dei diritti di utilizzo e delle licenze acquisite in merito alla diagnosi precoce e all'ottimizzazione delle cure delle depressioni sono disciplinati dall'articolo 118 capoverso 1 della Costituzione, dall'articolo 16 capoverso 5 della legge del 7 ottobre 1983¹⁶⁹ sulla promozione della ricerca e dell'innovazione (LPRI) e sull'articolo 1 capoverso 2 lettere a e c nonché sull'articolo 9 dell'OOrg-DFI.

Alla migliore diffusione del testamento biologico quale possibilità per rafforzare l'autodeterminazione nella fase terminale della vita è applicabile il nuovo diritto di protezione degli adulti, che entrerà in vigore il 1° gennaio 2013. In questo modo viene sancito a livello nazionale il carattere vincolante del testamento biologico.

¹⁶⁷ RS 431.01

¹⁶⁸ RS 172.212.1

¹⁶⁹ RS 420.1

4. Conclusioni

- **Una modifica del diritto penale non risponde in modo adeguato all'esigenza della popolazione di rafforzare il diritto all'autodeterminazione:** dopo aver riesaminato la situazione, il Consiglio federale è del parere che gli attuali strumenti legali siano già in grado di contrastare in modo adeguato gli eventuali abusi nell'ambito dell'aiuto al suicidio (aiuto al suicidio di persone incapaci di discernimento o in buona salute, fornitura di NaP senza ricetta medica, riserve illegali di questa sostanza o attività destinate a trarne profitto). In effetti, sebbene la legislazione attuale non contempli disposizioni speciali in merito alle organizzazioni di aiuto al suicidio, l'articolo 115 CP, affiancato dalle altre disposizioni concernenti i reati contro la vita e l'integrità della persona (art. 111 e segg. CP), la LATer, la LStup e il codice deontologico, sono sufficienti per controllare questi fenomeni, a condizione che le autorità intervengano in modo fermo e deciso. Naturalmente le sanzioni saranno di diverso tipo a seconda dei casi (penali, amministrative o civili), ma questo non modifica minimamente la loro efficacia. Questa serie di disposizioni, inoltre, presenta il vantaggio di essere flessibile, orientata alla pratica e di costituire una buona via di mezzo tra l'obbligo di proteggere, di cui è investito lo Stato, e il rispetto della libertà personale degli individui. Di conseguenza il Consiglio federale ritiene che occorra rinunciare a modificare la legislazione penale federale in materia di aiuto al suicidio (privato o organizzato).
- **Continuare con le misure per la prevenzione del suicidio e le cure palliative:** contrariamente a quanto si è constatato in merito alla necessità e alla modalità di legiferare a livello federale, la maggioranza dei partecipanti alla procedura di consultazione è concorde nell'affermare che un miglioramento della garanzia del diritto all'autodeterminazione passi necessariamente attraverso un intervento più incisivo della Confederazione – nei limiti delle sue competenze – a livello di prevenzione del suicidio e di cure palliative. La riduzione del numero dei suicidi deve restare la priorità assoluta, priorità confermata dall'evoluzione demografica e dal fatto che negli ultimi anni in Svizzera proprio il numero dei suicidi presso gli anziani è aumentato. Visto che l'autodeterminazione riveste un'importanza centrale per il suicidio assistito, essa va rafforzata attraverso una serie di misure, in particolare presso i malati terminali. Concretamente questo significa puntare su una migliore diffusione delle alternative al suicidio assistito e creare le condizioni per decisioni autonome, ossia il meno possibile influenzate da sofferenze fisiche, psichiche e sociali. La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, ha già avviato una serie di misure per rafforzare l'autodeterminazione proprio in contesti caratterizzati da malattie in fase terminale e intende pertanto proseguire e intensificare tali misure sempre in collaborazione con i Cantoni e gli ambienti interessati.
- **Attualmente in Svizzera non esiste alcuna intesa su come e in che misura regolamentare, a livello federale e al di là delle regolamentazioni già esistenti, l'assistenza organizzata al suicidio:** questa constatazione, emersa dal risultato della procedura di consultazione, costituisce già un notevole ostacolo all'adozione di una normativa federale in grado di soddisfare la maggioranza della popolazione, tanto più che si tratta inoltre di un tema estremamente personale.