



EIDGENÖSSISCHES JUSTIZ- UND POLIZEIDEPARTEMENT
DEPARTEMENT FEDERAL DE JUSTICE ET POLICE
DIPARTIMENTO FEDERALE DI GIUSTIZIA E POLIZIA
DEPARTAMENT FEDERAL DA GIUSTIA E POLIZIA

Eutanasia e medicina palliativa

La Confederazione deve legiferare?

Berna, 24 aprile 2006

Compendio

La mozione 03.3180 della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG-CS), trasmessa dall'Assemblea federale nel marzo del 2004 e intitolata «Eutanasia e medicina palliativa», ha incaricato il Consiglio federale di presentare proposte in vista di un disciplinamento legale dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva e di adottare misure per promuovere la medicina palliativa. Il 16 giugno 2005 è poi seguita la mozione 05.3352 del Gruppo radicale liberale, intitolata «Eutanasia: attività peritale», che invitava il Consiglio federale a portare avanti i lavori degli esperti incaricati di elaborare un rapporto in merito a una normativa sull'eutanasia e a sottoporre la pertinente documentazione al Parlamento entro dicembre del 2005.

L'assistenza e la cura di persone in fin di vita e le decisioni che vanno prese in questo contesto hanno una portata straordinaria. Lo Stato deve assicurare, tramite i suoi disciplinamenti, che la protezione dell'individuo continui a essere tutelata anche e soprattutto in questo frangente critico dell'esistenza umana; ogni decisione sbagliata in questo ambito può provocare direttamente la morte e quindi conseguenze irreversibili per il bene giuridico supremo, la vita umana. Ogni considerazione deve orientarsi al divieto assoluto di uccidere che sta alla base del nostro ordinamento giuridico e che va rispettato. Oltre a essere delicata – si pensi all'abbassamento dell'effetto inibitorio – ogni relativizzazione di tale principio necessita di una ponderazione e di un accertamento approfonditi degli interessi (di protezione) in gioco.

Il rapporto offre un'analisi approfondita dei problemi che emergono nella prassi in relazione all'eutanasia e all'assistenza al suicidio ed esamina sia il margine di manovra delle autorità coinvolte sia la necessità d'intervenire da parte dello Stato per proteggere la vita umana e prevenire gli abusi. Il rapporto tratta pure le conseguenze – sia positive sia negative – di una legislazione che disciplini ulteriormente tale settore. Oltre a ciò il rapporto esamina la portata e le possibilità della medicina palliativa e delle cure palliative e della loro promozione.

Il rapporto giunge alle seguenti conclusioni:

- **non occorre che la Confederazione legiferi in materia di eutanasia attiva indiretta e di eutanasia passiva.**

In Svizzera il divieto di uccidere è applicabile senza limitazioni. L'eutanasia attiva diretta è quindi proibita. A determinate condizioni, per contro, l'eutanasia attiva indiretta e quella passiva non sono punibili. Quest'impunibilità risulta dall'applicazione di regole d'imputazione generali di diritto penale. La decisione del paziente di rifiutare o di interrompere interventi destinati a prolungare la vita è tutelata dalla Costituzione, in quanto espressione di un diritto fondamentale.

L'incertezza giuridica ripetutamente lamentata in questo ambito deriva dall'impossibilità pratica di disciplinare mediante normativa o ricostruire in un secondo tempo le cause della morte o l'evento concreto verificatosi presso il letto di morte. L'attenzione è focalizzata sui fattori che autorizzano l'eutanasia nel singolo caso, quali le capacità di discernimento e civile della persona in questione, il diritto del mandato, l'obbligo di dare spiegazioni da parte del medico e i rapporti di rappresentanza.

Se il legislatore, al fine di promuovere la certezza giuridica e la trasparenza, volesse disciplinare in forma generale e astratta tutti i possibili casi immaginabili tenendo anche conto degli sviluppi della medicina, si scontrerebbe inevitabilmente con limiti pratici.

Le norme deontologiche rappresentano per contro un mezzo ideale per un disciplinamento dettagliato di casi complessi e svariati. Nell'ambito dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva, l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) ha sviluppato delle direttive particolareggiate. Nella misura in cui tali direttive s'ispirano al diritto in vigore, sgravano il legislatore in un modo ragionevole.

- ***La Confederazione può sostenere lo sviluppo delle cure palliative nei settori in cui dispone delle competenze necessarie a tal fine: nella formazione e nel perfezionamento delle professioni mediche universitarie, nell'ambito del finanziamento delle cure palliative e nella promozione della ricerca.***

Nell'ambito delle cure palliative, negli ultimi anni l'offerta è stata migliorata dal punto di vista qualitativo e quantitativo in particolare nei Cantoni di Zurigo, Turgovia, Vaud e Berna. Tale offerta ha contribuito a permettere alle persone di vivere con dignità le ultime fasi della propria esistenza e di morire dignitosamente, rendendo inoltre meno desiderabile il suicidio assistito o l'eutanasia attiva. Secondo gli esperti, l'offerta esistente deve essere ulteriormente ampliata.

Spetta ai Cantoni adoperarsi per garantire un'offerta completa di cure palliative e per promuovere l'informazione e la consulenza fornita agli interessati e ai loro familiari.

La Confederazione può sostenere e promuovere lo sviluppo delle cure palliative, sostenendo progetti di ricerca nell'ambito delle cure palliative. Lo può promuovere anche nel quadro della formazione e del perfezionamento delle professioni mediche universitarie, delle professioni sanitarie universitarie e non universitarie. Inoltre la Confederazione può fare in modo che l'assicurazione malattie rimborsi integralmente i costi dei provvedimenti sanitari che perseguono uno scopo terapeutico o palliativo.

- ***Nell'ambito dell'assistenza al suicidio non vi è una necessità urgente di intervenire sul piano legislativo a livello federale.***

Grazie alla normativa liberale sull'assistenza al suicidio, negli ultimi venti anni si sono costituite e affermate in Svizzera numerose organizzazioni di aiuto al suicidio. Il crescente successo di tali organizzazioni ha posto in risalto anche i rischi di abuso connessi con tali attività, segnatamente in relazione alla capacità di discernimento della persona che desidera morire (soprattutto quando si tratta di persone particolarmente bisognose di protezione come i giovani, i malati psichici, i malati terminali), ai rapporti finanziari, alla volontà nonché alla padronanza dell'atto da parte delle persone che vogliono morire. Vi è dunque il rischio che si oltrepassi la sottile linea di confine che separa l'assistenza al suicidio autorizzata da quella penalmente perseguibile (commettendo uno dei reati contro la vita e l'integrità della persona sanzionati dagli art. 111 segg., 114 e 115 CP). A tutela degli interessati, si impone pertanto l'adozione di misure atte a prevenire gli eventuali abusi.

Il legislatore federale potrebbe emanare disposizioni nei settori del diritto sanitario, del diritto in materia di stupefacenti, del diritto tutorio e nel quadro di una legge speciale sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio, al fine di sorvegliare le attività in relazione all'aiuto al suicidio. Le possibilità vagliate si rivelano tuttavia quasi tutte sproporzionate o inadeguate, perché comportano una burocratizzazione, nella maggior parte dei casi addirittura un'istituzionalizzazione e una certificazione da parte dello Stato di simili attività e associazioni.

Per poter rispondere alla realtà attuale dei casi di assistenza al suicidio, si potrebbe eventualmente considerare una revisione della legge sugli stupefacenti, visto che le associazioni di aiuto al suicidio impiegano lo stupefacente pentobarbitale sodico per effettuare i suicidi assistiti. Al fine di prevenire gli abusi, in futuro si potrebbero ad esempio inasprire le condizioni per la prescrizione e la fornitura del pentobarbitale sodico.

Una modifica della normativa liberale prevista dall'articolo 115 CP non va per contro considerata, perché i problemi constatati nell'ambito dell'aiuto al suicidio non sono direttamente connessi con la fattispecie dell'articolo 115 CP. Sono di natura pratica e interessano la seguente questione: come si può garantire che non vengano commessi abusi nell'ambito dell'assistenza al suicidio?

Ai livelli cantonale e comunale, gli abusi possono nondimeno essere evitati applicando coerentemente il diritto in vigore (segnatamente nell'ambito dell'omicidio di cui agli art. 111 segg., 114 e 115 CP e della vigilanza sul personale medico coinvolto in base al diritto sanitario), nonché emanando disposizioni nei settori ospedaliero, delle case di cura e degli istituti sociosanitari.

- ***Nell'ambito del cosiddetto "turismo del suicidio" non vi è una particolare necessità d'intervento a livello federale.***

Il turismo del suicidio è una conseguenza del disciplinamento liberale dell'assistenza al suicidio in Svizzera nel raffronto internazionale. Dal punto di vista politico, questo fenomeno pone un problema per la buona reputazione della Svizzera. Nel contempo, con l'aumento dell'assistenza al suicidio a persone che non sono domiciliate in Svizzera, aumentano anche i problemi legati alla prassi in materia di perseguimento penale e alla vigilanza sul personale medico, perché il legame con l'estero rende più difficile la ricostruzione dei fatti.

È assolutamente necessario prevedere misure atte a impedire gli abusi e quindi a tutelare le persone da danni irreversibili. Non è tuttavia possibile prendere misure diverse da quelle già adottate nell'ambito dell'assistenza al suicidio. Se vengono sfruttate le possibilità d'intervento contro gli abusi nell'ambito del suicidio assistito, sarà anche possibile contrastare in modo adeguato il fenomeno del turismo del suicidio.

Indice

1	SITUAZIONE DI PARTENZA E MANDATO	7
2	DEFINIZIONI E CLASSIFICAZIONE GIURIDICA	7
2.1	Eutanasia.....	7
2.1.1	Eutanasia attiva diretta	7
2.1.2	Eutanasia attiva indiretta	8
2.1.3	Eutanasia passiva	8
2.2	Aiuto al suicidio e «turismo del suicidio»	9
2.2.1	Aiuto al suicidio (o suicidio assistito)	9
2.2.2	«Turismo del suicidio»	9
2.3	Assistenza ai malati terminali e cure palliative	9
3.	DISCUSSIONE POLITICA E MATERIALE	10
3.1	Discussione sul piano federale	10
3.2	Discussione specialistica	11
3.2.1	ASSM	11
3.2.2	CNE 12	
3.3	Discussione sul piano cantonale e comunale.....	14
3.4	Discussione pubblica	15
4.	EUTANASIA PASSIVA ED EUTANASIA ATTIVA INDIRECTA	16
4.1	Situazione politica iniziale.....	16
4.2	Eutanasia passiva.....	17
4.2.1	Situazione giuridica iniziale	17
4.2.2	Margine d'intervento del legislatore federale	18
4.3	Eutanasia attiva indiretta	18
4.3.1	Situazione giuridica iniziale	18
4.3.2	Margine d'intervento del legislatore federale	19
4.4	Opportunità di legiferare	20
4.5	Vantaggi e svantaggi	21
4.6	Conclusione	22
5	MEDICINA E CURE PALLIATIVE	23
5.1	Definizione	23
5.2	Situazione attuale	24
5.2.1	Accesso alle cure palliative	24
5.2.2	Formazione e perfezionamento	25
5.2.3	Direttive	25
5.2.4	Finanziamento	26
5.3	Margine di manovra	26
5.3.1	Confederazione	26
5.3.2	Cantoni	28
5.4	Conclusione	29
6	AIUTO AL SUICIDIO, ORGANIZZAZIONI DI AIUTO AL SUICIDIO E TURISMO DELLA MORTE	29
6.1	Situazione attuale	29
6.1.1	Dati statistici	29
6.1.2	Il turismo del suicidio	31
6.1.3	Diritto comparato	32
6.1.4	Norme giuridiche e deontologiche in Svizzera.....	33
6.2	Analisi del problema	35

6.2.1	Rischio di abusi	35
6.2.2	L'onere per gli enti pubblici	36
6.2.3	Il problema delle strutture per suicidi	37
6.2.4	La reputazione della Svizzera	37
6.2.5	Riassunto	38
6.3	Margine di manovra dei Cantoni	39
6.4	Provvedimenti legislativi federali	39
6.4.1	Revisione dell'articolo 115 CP	39
6.4.2	Legge sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio	40
6.4.3	Integrazione della legislazione sugli stupefacenti	43
6.4.4	Istituzione di una curatela nell'ambito del suicidio	44
6.5	Bilancio	45
6.5.1	Fatti 45	
6.5.2	Problemi e proposte di soluzione	46
6.5.3	Necessità di intervenire sul piano legislativo a livello federale	46
7.	RIASSUNTO DEI RISULTATI E RIPERCUSSIONI PER LA CONFEDERAZIONE ..	47
7.1	Eutanasia attiva indiretta ed eutanasia passiva	47
7.2	Cure palliative	48
7.3	Assistenza al suicidio e "turismo del suicidio "	48
7.4	Ripercussioni per la Confederazione	49

1 Situazione di partenza e mandato

La mozione 03.3180 della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG-CS), trasmessa dall'Assemblea federale nel marzo del 2004 e intitolata «Eutanasia e medicina palliativa», ha incaricato il Consiglio federale di presentare proposte in vista di un disciplinamento legale dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva e di adottare misure per promuovere la medicina palliativa. Il 16 giugno 2005 è poi stata presentata la mozione 05.3352 del gruppo radicale liberale intitolata «Eutanasia: attività peritale», che invitava il Consiglio federale a portare avanti i lavori degli esperti incaricati di elaborare un rapporto in merito a una normativa sull'eutanasia e a sottoporre la pertinente documentazione al Parlamento entro dicembre del 2005.

Nell'autunno del 2004 il capo del Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) ha istituito un gruppo di lavoro interno incaricato di valutare la necessità di un intervento legislativo. In un primo tempo i lavori si sono concentrati sui problemi acuti inerenti al cosiddetto «turismo del suicidio», ma in seguito lo studio è stato esteso in risposta alla discussione intercorsa con esperti interni ed esterni, per assumere quindi le dimensioni attuali. Il presente rapporto esamina infatti tutti gli aspetti sollevati nella mozione «Eutanasia e medicina palliativa».

Il rapporto vaglia in primo luogo la necessità di un intervento legislativo – sul piano federale *in primis* – in materia di eutanasia attiva indiretta, di eutanasia passiva, di aiuto al suicidio e del cosiddetto «turismo del suicidio», e valuta possibili provvedimenti atti a incentivare la medicina palliativa.

2 Definizioni e classificazione giuridica

Qui di seguito sono definiti e classificati i vari concetti inerenti all'eutanasia in senso lato (compreso il suicidio assistito) e alla medicina palliativa.

2.1 Eutanasia

L'eutanasia (dal greco «*euthanasía*»: «buona morte») costituisce sempre un *omicidio*, vale a dire che non è mai la vittima ad avere padronanza dell'atto, ma una terza persona. In linea di principio, per un atto di eutanasia è sufficiente l'*accelerazione della morte* nel senso di una causalità sopravvenuta. La dottrina distingue tra eutanasia attiva e passiva.

2.1.1 Eutanasia attiva diretta

Nel diritto svizzero, l'*omicidio mirato* (ad es. commesso praticando un'iniezione o un'infusione letale) è passibile di pena, anche se perpetrato dietro esplicita richiesta di una persona in fin di vita al preciso scopo di ridurre le sofferenze. Secondo la dot-

trina penale, tale cosiddetta eutanasia attiva diretta¹ costituisce un omicidio ai sensi degli articoli 111 segg. del Codice penale (CP; RS 311.0).

L'omicidio su richiesta della vittima (art. 114 CP) è oggetto di un trattamento privilegiato rispetto all'omicidio intenzionale (art. 111 CP), in quanto la pena comminata (detenzione minima di tre giorni e massima di tre anni; cfr. art. 36 CP) tiene conto del fatto che *la morte della persona è cagionata a sua seria e insistente richiesta*. Inoltre, l'applicazione di tale comminatoria privilegiata presuppone che l'autore abbia soggettivamente *agito per motivi onorevoli, segnatamente per pietà*². Nel caso specifico, oltre a tale privilegio, entra in linea di conto anche l'impunità qualora l'autore sia colpito dalle conseguenze del suo atto (art. 66^{bis} CP).

2.1.2 Eutanasia attiva indiretta

Sotto il profilo giuridico, è ammissibile *somministrare analgesici* (ad es. morfina) che, nella terapia palliativa ossia quella antalgica, possono sortire l'*effetto secondario* – indesiderato (!) – di *accorciare la vita*³. In tale caso si parla di eutanasia attiva indiretta. Poiché la morte risulta accelerata, si tratterebbe di un omicidio attivo secondo le regole generali di causalità (cfr. n. 4.3.1 *infra*). Tale terapia è pertanto ammessa soltanto come ultima risorsa qualora non esista alcun metodo antalgico meno incisivo.

2.1.3 Eutanasia passiva

A *determinate* condizioni è ammessa anche la *rinuncia o la sospensione di terapie di sostentamento vitale* (quali ad es. respirazione e alimentazione artificiali e somministrazione di farmaci). Tale cosiddetta eutanasia passiva consiste in un atto di omissione (cfr. n. 4.2.1 *infra*): pur potendo intervenire, si sceglie di non interferire nel processo che conduce alla morte qualora il paziente o il suo rappresentante lo desideri⁴. È controverso se, nella fattispecie, si possa parlare di eutanasia. In questo contesto, il desiderio di morte del paziente è protetto in quanto diritto fondamentale (diritto all'autodeterminazione)⁵.

¹ Cfr. ad es. Christian Schwarzenegger, in: Niggli/Wiprächtiger (ed.), *Basler Kommentar Strafgesetzbuch II*, Basilea ecc. 2003, prima dell'art. 111 n. 20 segg.

² La legge fa quindi riferimento all'art. 64 cpv. 2 CP. Tale elemento costitutivo del privilegio è stato inserito nell'art. 114 CP soltanto nell'ambito della revisione del 1989 (versione in vigore dal 1.1.1990). Cfr. il messaggio del 26 giugno 1985 concernente la modificazione del Codice penale e del Codice penale militare (Reati contro la vita e l'integrità della persona, il buon costume e la famiglia), FF 1985 II 901.

³ Stando alle direttive medico-etiche sull'assistenza a pazienti in fin di vita, approvate il 25 novembre 2004 dall'ASSM (http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f_RL_Lebensende2004.pdf), il medico è tenuto ad alleviare i dolori e le sofferenze anche se nel caso specifico ciò potrebbe incidere sulla durata della vita (accorciarla o allungarla), n. 3.1.

⁴ Se il paziente non può più essere consultato in merito perché incapace di discernimento, ci si atterrà alle sue direttive anticipate. In assenza di un rappresentante legale e di una persona di fiducia e in situazioni di emergenza che non permettono di chiedere il parere del paziente, il personale curante deve decidere nell'interesse ben inteso del paziente e secondo la sua presunta volontà. In linea di principio, per i minorenni è determinante la volontà del rappresentante legale. Le autorità tutorie vanno coinvolte nelle decisioni vitali qualora non sia possibile trovare un accordo con i genitori o il rappresentante legale. Cfr. le direttive sul trattamento e l'assistenza a pazienti affetti da gravi danni cerebrali di lunga durata, approvate il 27 novembre 2003 dall'ASSM, n. 2 (http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f_RL_PVS.pdf).

⁵ Il desiderio del paziente di morire per mano del proprio medico si scontra invece con il divieto di uccidere. Cfr. Jörg Paul Müller, *Grundrechte in der Schweiz*, 3a ed. Berna 1999, pag. 59 segg., 61.

2.2 Aiuto al suicidio e «turismo del suicidio»

2.2.1 Aiuto al suicidio (o suicidio assistito)

A differenza di quanto descritto poc'anzi per l'eutanasia, nell'aiuto al suicidio l'atto è *controllato dalla persona desiderosa di morire* che, consapevole dell'esito letale, commette l'azione che la porta alla morte. *In assenza di tale consapevolezza* – ad esempio per incapacità di discernimento –, *non si tratta di suicidio, ma di un omicidio passibile di pena* (cfr. n. 2.1.1 *supra*).

Il suicidio assistito da apposite organizzazioni consiste in genere nel prescrivere e procurare uno stupefacente letale al fine di facilitare il suicidio al paziente che lo desidera. L'aiuto al suicidio può tuttavia constare anche nel fornire un mero appoggio psichico in vista dell'obiettivo perseguito dal paziente, vale a dire il suicidio.

Al contrario dell'omicidio, l'aiuto al suicidio è punibile soltanto a determinate condizioni. Secondo l'articolo 115 CP (istigazione e aiuto al suicidio) è punito con la reclusione sino a cinque anni o la detenzione «Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto [...] se il suicidio è stato consumato o tentato».

Finora il suicidio assistito da *associazioni di aiuto al suicidio*, quali EXIT e DIGNITAS, è rimasto impunito nella prassi svizzera (cfr. n. 6.2.1 *infra*), poiché non sussistevano o non potevano essere dimostrati motivi egoistici ai sensi dell'articolo 115 CP. Specialmente in riferimento a tali associazioni, nella lingua tedesca sono comunemente usate alcune espressioni equivoche quali «*Sterbehilfe*» o «*Freitodhilfe*»; da qui può nascere l'impressione – errata – che non si tratti di suicidio assistito, ma di omicidio, atto per principio punibile in Svizzera (cfr. n. 2.1.1 *supra*).

2.2.2 «Turismo del suicidio»

Costituisce una forma particolare di aiuto al suicidio il cosiddetto «turismo del suicidio». Da qualche anno a questa parte, alcune associazioni svizzere di aiuto al suicidio (in particolare DIGNITAS⁶) offrono i loro servizi anche a *persone straniere*, ossia a persone non residenti in Svizzera. La clientela proviene da Paesi in cui l'aiuto al suicidio – contrariamente a quanto accade in Svizzera – è vietato (cfr. n. 6.1.3 *infra*). Tali persone giungono nel nostro Paese per suicidarsi con l'aiuto che qui viene loro offerto in via del tutto legale (cfr. n. 6.1.2 *infra*). In Svizzera tale fenomeno è conosciuto come «turismo del suicidio». Anche in questo caso, la terminologia tedesca («*Sterbetourismus*», vale a dire «turismo della morte») dà adito a equivoci.

2.3 Assistenza ai malati terminali e cure palliative

La medicina palliativa e le cure palliative consistono nel lenire le sofferenze del moriente offrendogli assistenza e cure mediche che, nel caso specifico, potrebbero sortire l'effetto secondario di accelerarne la morte. Il disciplinamento legale della medicina palliativa si colloca nell'ambito del diritto sanitario (cfr. n. 5 *infra*).

⁶ L'associazione «*DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben*», fondata il 17.5.1998 a Forch (ZH), nel suo statuto si pone come obiettivo di garantire ai propri membri una vita e una morte dignitose e di concedere il beneficio di tali valori anche ad altre persone.
Cfr. l'indirizzo: <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm>.

L'assistenza ai malati terminali *non è rilevante in termini penali*.

3. Discussione politica e materiale

L'eutanasia in senso lato e il suo disciplinamento legale sono dibattuti da alcuni anni dal mondo politico, dagli esperti e dal pubblico. Gli interventi parlamentari che chiedono di legiferare in materia spaziano da inviti a liberalizzare e agevolare l'eutanasia a richieste di limitare o addirittura vietare tale pratica. Considerata la situazione, non appare molto chiaro l'indirizzo da imprimere alla legislazione.

3.1 Discussione sul piano federale

Il dibattito federale in merito all'intera problematica dell'*eutanasia* verte sui vari aspetti della fase terminale della vita. Le fattispecie che rientrano in tale ambito vanno dalle singole forme di eutanasia (attiva diretta, attiva indiretta e passiva) al suicidio assistito con il turismo che ne deriva, passando per l'assistenza ai malati terminali e la medicina palliativa. In tale contesto vanno menzionati anche i diritti dei pazienti⁷.

Per quanto riguarda l'*eutanasia attiva diretta*, sia il Consiglio federale sia il Parlamento hanno sempre rifiutato di allentare il divieto di uccidere. Il Consiglio federale lo ha ribadito nel suo rapporto di luglio del 2000⁸ a seguito del postulato Ruffy, nel suo parere di novembre del 2001⁹ in merito alla mozione Zäch e, infine, in risposta all'iniziativa parlamentare Cavalli nel dicembre del 2001¹⁰.

Le mozioni presentate dalla Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (Eutanasia e medicina palliativa)¹¹ e dal gruppo radicale liberale (Eutanasia: attività peritale)¹² invitano, per contro, a disciplinare l'*eutanasia passiva* e quella *attiva indiretta* e chiedono misure atte a promuovere la medicina palliativa.

⁷ L'avamprogetto di revisione del diritto tutorio (giugno 2003) propone disciplinamenti federali differenziati per la rappresentanza in ambito medico di persone incapaci di discernimento (art. 434 segg. AP-CC). Le proposte e i risultati della consultazione sono a disposizione all'indirizzo:

<http://www.bj.admin.ch/bj/it/home/dokumentation/medieninformationen/0/2004/7.html>.

⁸ Il rapporto del Consiglio federale a seguito del postulato Ruffy (Morte assistita. Complemento al Codice penale svizzero) può essere consultato all'indirizzo:

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0005.File.tmp/ber-ruffy-i.pdf>.

Tale rapporto si fonda su un rapporto di marzo del 1999 del gruppo di lavoro «Eutanasia», redatto all'attenzione del DFGP e consultabile all'indirizzo:

<http://www.bj.admin.ch/etc/medialib/data/gesellschaft/gesetzgebung/sterbehilfe.Par.0002.File.tmp/b-bericht-f.pdf>.

Nel suo rapporto, il Consiglio federale rifiuta la deroga alla punibilità dell'eutanasia attiva diretta, deroga formulata in maniera molto restrittiva e proposta dalla maggioranza del gruppo di lavoro «Eutanasia». Motiva il suo rifiuto asserendo che in tal modo si ammorbirebbe il divieto di uccidere, infrangendo quindi un tabù fortemente ancorato nella nostra cultura cristiana (ibid., pag. 15).

⁹ Mozione Zäch (Eutanasia. Colmare le lacune legali invece di ammettere l'omicidio; 01.3523). Parere del Consiglio federale del 14.11.2001. Il 17.6.2003 la mozione è stata trasformata in postulato trasmesso da entrambe le camere.

¹⁰ Iniziativa parlamentare Cavalli (Punibilità dell'eutanasia attiva. Nuove disposizioni).

¹¹ Mozione CAG-CS (Eutanasia e medicina palliativa; 03.3180). Il Consiglio federale ha sottolineato anche nel rapporto a seguito del postulato Ruffy (nota 8) di ritenere indispensabile sfruttare le risorse della medicina e delle cure palliative e ha ribadito di voler mettere in atto – in occasione di riforme legislative nell'ambito della sanità pubblica – tutto quanto necessario per promuovere e sviluppare la medicina e le cure palliative. Si è inoltre detto favorevole a un disciplinamento esplicito dell'eutanasia passiva e di quella attiva indiretta (op. cit., pag. 14).

Cfr. il parere del Consiglio federale in merito alla mozione Zäch (nota 9).

¹² Mozione del gruppo PRL (Eutanasia: attività peritale; 05.3352). Il 23 settembre 2005 il Consiglio federale si è detto disposto ad accogliere la mozione.

In merito alla *medicina palliativa* vanno in particolare menzionate le mozioni Rossini e Menétrey-Savary e le interpellanze Bortoluzzi e Gross¹³.

Due mozioni del 2002¹⁴ chiedono di modificare l'articolo 115 CP (istigazione e aiuto al suicidio), richiamando l'attenzione su vari abusi. Entrambi gli interventi deplorano in particolare che l'*aiuto al suicidio* venga praticato senza esami approfonditi anche se il paziente è affetto da disturbi psichici, che non venga operata una netta distinzione tra l'articolo 115 CP e l'articolo 114 CP (omicidio su richiesta della vittima) e che – situazione indegna del nostro Paese – si riversi in Svizzera per togliersi la vita un numero crescente di persone provenienti da Paesi che vietano il suicidio assistito e le organizzazioni che lo praticano.

Per ovviare a tale situazione sono state avanzate le proposte più svariate, tra cui l'obbligo di essere domiciliati in Svizzera, l'obbligo di registrazione e di autorizzazione delle associazioni di aiuto al suicidio, il divieto di pubblicità, l'accertamento dell'esistenza di un desiderio costante di morte e della capacità di discernimento dell'aspirante suicida da parte di due medici indipendenti e l'abolizione dell'attenuante costituita dall'assenza di motivi egoistici nella fattispecie penale dell'articolo 115 CP, ossia il divieto assoluto di qualsiasi aiuto al suicidio. Entrambe le mozioni sono state stralciate perché non trattate in Parlamento. Nella sessione autunnale 2005 del Consiglio nazionale sono infine state poste due domande in merito alle *associazioni di aiuto al suicidio*¹⁵.

3.2 Discussione specialistica

Nel 2004 e nel 2005, sia l'Accademia Svizzera delle scienze Mediche (ASSM) sia la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE) hanno approfondito le problematiche inerenti all'assistenza di pazienti in fin di vita, al suicidio assistito e in parte anche al fenomeno del turismo del suicidio.

3.2.1 ASSM

Le *direttive medico-etiche dell'ASSM* sull'assistenza medica a pazienti morenti e affetti da gravi lesioni cerebrali, datate 1995, sono state rivedute nel 2004 e riedite come direttive sull'assistenza a pazienti in fin di vita¹⁶, al fine di illustrare i compiti, le possibilità e i limiti del supporto fornito a malati terminali. L'ASSM si prefigge in sostanza di lenire le sofferenze, di garantire all'interessato la migliore qualità di vita possibile e di assistere i familiari.

¹³Mozione Rossini (Finanziamento delle cure palliative; 00.3342), mozione trasformata in postulato il 6.10.2000; interpellanza Bortoluzzi (Potenziamento della medicina palliativa; 00.3668); interpellanza Gross (Medicina palliativa. Ospizi per l'assistenza ai malati terminali; 03.3341); mozione Menétrey-Savary (Inserire l'aiuto al suicidio tra le materia d'insegnamento delle facoltà di medicina; 03.3405). Si veda anche l'interpellanza Gutzwiller (Numero di pazienti affetti da dolore cronico. È necessario intervenire a livello di politica sanitaria?; 05.3593) e la risposta del Consiglio federale del 23 novembre 2005.

¹⁴Mozione Vallender (Aiuto al suicidio e «turismo del suicidio»; 02.3500); mozione Baumann (Vietare il «turismo del suicidio» in Svizzera; 02.3623).

¹⁵Domanda Heim (*Surveillance insuffisante des organisations prêtant assistance au suicide?*; 05.5160); domanda Wäfler (*Associations d'assistance au décès. Exécution du droit pénal par les autorités judiciaires zurichoises*; 05.5174).

¹⁶Cfr. nota 3. Alla fine del 2003 sono per la prima volta state formulate direttive separate sul trattamento e l'assistenza a pazienti affetti da gravi danni cerebrali di lunga durata. Cfr. nota 4.

Le direttive valutano come segue le cure palliative e la rinuncia al trattamento o la sua sospensione:

Le *cure palliative* comprendono tutti gli interventi medici e curativi, compresa l'assistenza psichica, sociale e spirituale ai pazienti e ai loro familiari, finalizzati a lenire le sofferenze e a garantire la migliore qualità di vita possibile. Il medico è pertanto tenuto ad alleviare i dolori e le sofferenze anche se nel caso specifico ciò potrebbe incidere sulla durata della vita (ossia accorciarla o allungarla).

Considerato il processo che conduce alla morte, può essere giustificato o necessario *rifiutare o sospendere le terapie di sostentamento vitale*. Nel processo decisionale confluiscono criteri determinanti quali la prognosi, il probabile esito del trattamento e lo stress causato dalla terapia proposta. Le medesime considerazioni valgono per neonati, lattanti e bambini piccoli, sebbene venga a cadere la possibilità di attenersi al presunto volere o di tener conto della personalità. L'impiego di misure invasive per mantenere le funzioni vitali va pertanto subordinato alla prognosi¹⁷.

In merito all'*aiuto al suicidio*, le direttive dell'ASSM specificano dapprima che il dovere del medico che ha in cura pazienti in fin di vita consiste nell'alleviare i sintomi e fornire assistenza. Tra tali doveri si iscrive anche quello di lenire, per quanto possibile, le sofferenze da cui possono scaturire eventuali intenti suicidi. Le direttive riconoscono tuttavia che, in situazioni limite, possono sorgere conflitti difficili da risolvere: da un lato, l'aiuto al suicidio non fa parte dell'attività medica, dall'altra però il medico deve sempre rispettare la volontà del paziente. In singoli casi e a determinate condizioni, il medico può quindi soddisfare una richiesta di aiuto al suicidio. Ha comunque il diritto di rifiutare tale aiuto. I superiori non possono chiedere ai loro collaboratori di praticare l'aiuto al suicidio o di prendervi parte, ma non possono nemmeno vietarlo del tutto. Entro questi limiti si tratta di una decisione personale di coscienza, che va inoltre documentata e deve adempiere le seguenti *condizioni minime*:

- la malattia del paziente lascia presupporre che la morte sia vicina;
- le possibilità d'aiuto alternative sono state vagliate e fornite se desiderate;
- il paziente è capace di discernimento, il desiderio di porre fine alla sua vita è ponderato, è maturato senza pressioni esterne ed è definitivo. Tale condizione è stata verificata da un terzo indipendente, che non dev'essere per forza un medico.

L'ultimo gesto dell'atto che cagiona la morte va in ogni caso compiuto dal paziente¹⁸.

Le direttive e le raccomandazioni dell'ASSM sul trattamento e l'assistenza a persone anziane e bisognose di cura specificano che il personale di un istituto di lunga degenza non può in alcun momento partecipare a un suicidio¹⁹.

3.2.2 CNE

L'11 luglio 2005 la CNE ha pubblicato il parere intitolato «Assistenza al suicidio» e contenente *12 raccomandazioni* in materia²⁰.

¹⁷Cfr. le direttive citate dell'ASSM (nota 3), n. 3.

¹⁸Cfr. le direttive dell'ASSM sull'assistenza a pazienti in fin di vita (nota 3), n. 4.1; cfr. anche le direttive e le raccomandazioni medico-etiche sul trattamento e l'assistenza a persone anziane e bisognose di cure, approvate il 18.5.2004 dall'ASSM, n. II. 5.2 e III. 5.

Indirizzo: http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/f_RL_AeMiA_2004.pdf.

¹⁹Cfr. le direttive citate dell'ASSM (nota 18), n. III. 5. Anche l'Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI) si è espressa al riguardo: si veda la "Posizione etica 1: l'assistenza al suicidio è estranea alla missione degli infermieri", Berna, maggio 2005.

Tale documento specifica dapprima che l'assistenza al suicidio solleva un dilemma etico tra il dovere di assistenza alle persone con tendenze suicide e il rispetto del loro diritto all'autodeterminazione (racc. 1). Eticamente, occorre distinguere l'assistenza al suicidio dall'omicidio su richiesta della vittima (racc. 2).

La posizione fondamentalmente liberale che si rispecchia nella disposizione penale sull'aiuto al suicidio (art. 115 CP) non va messa in discussione. Nella fattispecie, trova applicazione il principio liberale secondo cui le decisioni della persona intenzionata a morire e di quella che l'assiste devono essere rispettate, senza che lo Stato debba intervenire (racc. 3 e 5).

Pongono un problema etico particolare l'accertamento e la conoscenza sufficiente della persona con tendenze suicide e della sua situazione, della costanza del suo desiderio e degli obblighi di diligenza in materia (racc. 4).

In genere non vi sono ragioni etiche per precludere alle persone provenienti dall'estero la possibilità di farsi assistere nel suicidio in Svizzera; come per i cittadini residenti in Svizzera, anche per le persone provenienti dall'estero bisognerebbe accertare che le condizioni formulate nella raccomandazione n. 4 siano adempiute (racc. 10).

Viene inoltre accolta e chiesta una vigilanza statale sulle associazioni di aiuto al suicidio (racc. 12), dal momento che l'assenza di un rapporto tra la persona intenzionata a morire e l'associazione di aiuto al suicidio cela il pericolo che tra i due valori – la tutela della vita e il rispetto per l'autodeterminazione del singolo – sia il secondo ad essere privilegiato nell'ambito dell'attività associativa. Occorre pertanto adottare disposizioni giuridiche che garantiscano che anche il primo valore sia tenuto in sufficiente considerazione. Le norme che le associazioni stesse si fissano non bastano a tale scopo (racc. 5).

Se il desiderio di farla finita è espressione di disagio psichico, l'assistenza al suicidio va negata (racc. 6)²¹. Ai bambini e ai giovani si applicano le norme giuridiche ed etiche generalmente valide in ambito sanitario (racc. 7)²².

Se un ospite di una struttura di lunga degenza desidera farsi assistere nel suicidio e non dispone di altro domicilio dovrebbe avere la possibilità di compiere l'atto all'interno della struttura stessa. Ogni ospedale acuto deve stabilire chiaramente se accordare o no ai propri pazienti la possibilità del suicidio assistito, ed essere in grado di spiegare loro la propria decisione (racc. 8).

I membri delle professioni mediche non sono tenuti a prestare aiuto al suicidio, ma possono scegliere liberamente di praticarlo (racc. 9).

²⁰Cfr. il rapporto CNE «Assistenza al suicidio», parere n. 9/2005, approvato il 27.4.2005 (http://www.nek-cne.ch/it/pdf/br_suizid_f_internet_it.pdf), pag. 15 segg. Già nel 2004, la CNE aveva formulato 10 tesi da sottoporre a dibattito pubblico.

²¹Nel 1999 EXIT pose una moratoria sull'assistenza al suicidio dei malati psichici. Il 10 novembre 2004 la direzione di EXIT decise una deroga alla validità generale di tale moratoria, proponendo di accertare la capacità di discernimento nel caso specifico. Cfr. comunicato stampa all'indirizzo: http://www.exit.ch/wDeutsch/aktuelles/archiv_2004/2004_11_12_64937145_meldung.php?navid=18

²²La posizione di minoranza in seno alla CNE è che i bambini e i giovani non vadano assistiti nel suicidio. Cfr. rapporto CNE (nota 20), pag. 22.

3.3 Discussione sul piano cantonale e comunale

Sul piano cantonale e comunale, il dibattito degli ultimi anni verteva in primo luogo sul suicidio assistito e il turismo del suicidio. Quest'ultimo è un fenomeno finora riscontrato soprattutto nei Cantoni di Zurigo e di Argovia. Attualmente la situazione sembra essersi normalizzata, almeno in Argovia. Stando a quanto dichiarano le autorità politiche, i due Cantoni si considerano «poli del turismo del suicidio». Le autorità inquirenti e i membri dei Parlamenti cantonali denunciano l'assenza di chiare direttive per l'attività di associazioni di aiuto al suicidio. Deplorano varie forme di abuso, in particolare riguardo all'accertamento e alla valutazione, da parte di chi presta aiuto al suicidio, della capacità di discernimento della persona con intento suicida. Taluni sono dell'opinione che occorranو disposizioni a livello cantonale (cfr. ad es. la mozione Sylvia Flückiger-Bäni del 22 giugno 2004 sull'aiuto al suicidio e la soppressione del turismo del suicidio nel Cantone di Argovia; 04.168). Altri invocano invece un disciplinamento unico a livello federale per evitare che i problemi si spostino semplicemente da un Cantone all'altro²³.

Il 22 agosto 2005 il Parlamento zurighese si è occupato del turismo del suicidio. Un postulato presentato da PEV e PPD chiedeva di vietare il turismo del suicidio nel Cantone di Zurigo e di rendere obbligatori l'autorizzazione e la formazione di chi pratica l'aiuto al suicidio (postulato del 22 settembre 2003, KR 288/2003). Il Governo cantonale si è detto disposto ad accogliere il postulato. Ha fatto notare che per le associazioni di aiuto al suicidio non esiste alcun obbligo legale a cooperare con le autorità inquirenti competenti in caso di morte sospetta e che ogni anno circa 150 persone, tra cui circa 100 provenienti dall'estero, scelgono di morire ricorrendo all'aiuto di un'organizzazione. Ha precisato che se non interveniva la Confederazione, toccava al Cantone agire. Il Parlamento zurighese ha tuttavia respinto la trasmissione del postulato con 95 voti sfavorevoli contro 49 favorevoli²⁴.

Nel 1987 la Città di Zurigo aveva emanato un divieto generale del suicidio assistito negli ospedali, nei ricoveri e nelle case di cura per anziani. Nel 2000 il Consiglio comunale esaminò tale normativa e decise di ammettere, a determinate condizioni, il suicidio assistito da associazioni nei ricoveri e nelle case di cura²⁵. Prima di allora, i degenti di tali strutture erano, per quanto possibile, costretti a commettere il suicidio assistito a domicilio. È quanto devono continuare a fare i pazienti degli ospedali cittadini di Zurigo, dal momento che per loro tale divieto resta in vigore. La visita da parte di associazioni di aiuto al suicidio è per contro ammessa²⁶.

²³Cfr. comunicato stampa del 1° luglio 2004 del Cantone di Argovia all'indirizzo: <http://www.ag.ch/medien-mitteilungen/index.php?controller=Mitteilung&MitteilungId=2656&navId=Medienmitteilungen>.

²⁴Cfr. il verbale della seduta parlamentare del 22 agosto 2005 nella NZZ del 23 agosto 2005, n. 195, pag. 53. Nel gennaio del 2004 il Governo zurighese aveva inoltre dovuto rispondere a varie interrogazioni in merito all'associazione di aiuto al suicidio DIGNITAS. Cfr. in merito il verbale della 33a seduta parlamentare del 12 gennaio 2004, KR 2004, pag. 2483-2492.

²⁵Decisione del 14 luglio 1987 sulla commissione di suicidi e l'aiuto a tali pratiche; decisione del 25 ottobre 2000 del Consiglio comunale zurighese, *Wunsch nach Suizid unter Beihilfe von Sterbehilfeorganisationen in den Einrichtungen des Gesundheits- und Umweltschutzdepartements*, in vigore dal 1° gennaio 2001. Tale decisione è alla base dell'interpellanza Bortoluzzi del 13 dicembre 2000 (Potenziamento della medicina palliativa; 00.3668).

²⁶Uno scorcio sulla situazione attuale in materia di ammissione delle associazioni di aiuto al suicidio negli ospedali e i ricoveri di tutta la Svizzera è offerto da Margrit Leuthold, segretaria generale dell'ASSM, in *Sterbewunsch in der Klinik, Zur Diskussion der Zulassung von Suizidhilfeorganisationen in Akutspitälern*, NZZ del 19/20 novembre 2005, n. 271, pag. 77. La signora Leuthold sostiene che gli ospedali acuti dovrebbero comunicare esplicitamente la loro posizione in materia di suicidio assistito e specificare come vada disciplinato l'accesso al loro istituto da parte di associazioni di aiuto al suicidio. Il 6 febbraio 2006 l'ASSM ha pubblicato sulla propria homepage la sua posizione in merito a questo problema; cfr. Assistance au suicide dans les hôpitaux de soins aigus: la position de l'ASSM. Secondo l'ASSM è importante che ciascun ospedale comunichi in modo chiaro e traspa-

Il 17 ottobre 2001, il Consiglio comunale di Berna ha emanato e subito posto in vigore delle direttive sul suicidio assistito da terzi nei ricoveri pubblici. Tali direttive ammettono, in linea di massima, il suicidio assistito da terzi in tali strutture a condizione, tuttavia, che la persona in questione non abbia più un domicilio proprio. Il personale del ricovero non può partecipare attivamente ai preparativi o al suicidio stesso (nemmeno con l'aiuto di terzi) e in particolare non può stabilire contatti con associazioni di aiuto al suicidio. Se il paziente lo desidera, il personale può, casomai, presenziare al suicidio. Nessuno può tuttavia esservi costretto²⁷.

Nell'ottobre del 2003 il Governo argoviese respinse il ricorso di un medico cui era stato vietato di prescrivere stupefacenti ad uso farmacologico. Egli aveva prescritto stupefacenti in notevoli quantità ad uso di associazioni di aiuto al suicidio. Il Governo stabilì che i certificati medici non soddisfacevano i requisiti di legge, poiché il medico violava gli obblighi di tutela nei confronti dei pazienti e non li esaminava a dovere²⁸.

Il 26 maggio 2004 il dipartimento zurighese della sanità revocò l'abilitazione all'esercizio indipendente della professione a un medico che, nell'ambito della sua attività per un'associazione di aiuto al suicidio, aveva visitato un paziente, steso un rapporto e infine prescritto una dose letale di pentobarbitale sodico, violando in tal modo un divieto precedente emanato nei suoi confronti che gli impediva di trattare pazienti di sesso maschile²⁹.

3.4 Discussione pubblica

Anche la discussione pubblica verte in primo luogo sul suicidio assistito. Ciò è in parte dovuto a determinati eventi e pratiche discutibili ad opera di singole associazioni di aiuto al suicidio (in particolare la loro pubblicità all'estero). L'argomento più dibattuto di recente è senz'altro il turismo del suicidio³⁰. Ci si è chiesti se tale fenomeno compromettesse l'immagine internazionale della Svizzera, vuoi per la situazione giuridica particolare, vuoi per il sospetto che se ne abusi. Soprattutto nel Cantone di Zurigo, meta prediletta del turismo del suicidio, si sono levate voci che chiedono un disciplinamento federale delle associazioni di aiuto al suicidio³¹.

rente, tanto all'interno quanto all'esterno, le regole applicabili. Occorre in ogni caso evitare che l'assistenza al suicidio rientri nell'offerta di prestazioni sanitarie *lato sensu*. Stando a una notizia AP del 17 dicembre 2005, l'ospedale universitario di Losanna (CHUV) è il primo ospedale universitario in Svizzera ad ammettere il suicidio assistito a partire dal 2006 (in collaborazione con EXIT-ADMD Suisse romande); cfr. NZZ del 19 dicembre 2005, n. 296, pag. 9. L'ospedale universitario di Basilea invece rifiuta di collaborare con associazioni di aiuto al suicidio, e pone anzi l'accento sulle direttive anticipate dei pazienti; cfr. il servizio apparso nella *Basler Zeitung* del 28 dicembre 2005, n. 303, pag. 13.

²⁷Le direttive bernesi sono a disposizione all'indirizzo <http://www.bern.ch/stadtverwaltung/bss/av/alterspolitik>. Non è ammesso il suicidio assistito da terzi se:

- la decisione di suicidarsi è maturata dietro pressioni di terzi;
- la capacità di discernimento della persona con intento suicida è ridotta;
- la persona con intento suicida è affetta da una malattia psichica.

²⁸Comunicato stampa del 21 ottobre 2003 del Governo argoviese.

²⁹Sia il tribunale amministrativo zurighese sia il Tribunale federale respinsero i ricorsi presentati in seguito dal medico in questione. Cfr. la decisione del 18 maggio 2005 del Tribunale federale, DTF 2P.310/2004.

³⁰Alcuni esempi della discussione pubblica: il servizio «*Fahrkarte – ganz einfach*», rivista Facts n. 36, 8 settembre 2005, pag. 16 segg., e l'editoriale «*Selbstbestimmung am Ende des Lebens*», NZZ del 12/13 novembre 2005, n. 265, pag. 53; Ludwig A. Minelli confuta le tesi sostenute dai media con un articolo intitolato «*Absichtliche Fehlinformationen gegen DIGNITAS in Medien*», (<http://www.dignitas.ch/we/media/Fehlinformationen.pdf>.)

³¹La NZZ giudica «scandaloso» che manchi tuttora una normativa nazionale comprendente un obbligo di formazione e di autorizzazione per chi pratica l'aiuto al suicidio, visto che da tempo nel DFGP sono pendenti alcuni interventi parlamentari (cfr. NZZ del 12/13 novembre 2005, n. 265, pag. 53). Gli interventi parlamentari che mi-

Alla luce di tale situazione in materia di suicidio assistito e di turismo del suicidio, la discussione pubblica di fondo sull'eutanasia e la necessità d'intervento da parte del legislatore federale si era un po' sopita. Nella primavera del 2005, la vicenda di Terri Schiavo, caduta in coma vigile, ha riaperto il dibattito in tutto il mondo e quindi anche in Svizzera³².

4. Eutanasia passiva ed eutanasia attiva indiretta

4.1 Situazione politica iniziale

Nel rapporto del 2000 a seguito del postulato Ruffy, il Consiglio federale sconfessò l'atteggiamento coerente tenuto sino a tale data e aderì per la prima volta all'opinione del gruppo di lavoro «Eutanasia» che si era detto favorevole a un disciplinamento legale esplicito dell'eutanasia passiva e di quella attiva indiretta³³. Addusse come motivo che entrambe le forme di eutanasia, benché ritenute ammissibili, erano disciplinate soltanto nelle pertinenti direttive dell'ASSM. Conto tenuto del fatto che l'eutanasia attiene alla vita e quindi al bene supremo in assoluto, il disciplinamento competerebbe al legislatore legittimato dal popolo e non alle scienze mediche. Una base legale chiara offrirebbe inoltre il vantaggio di garantire l'uguaglianza di trattamento e la certezza del diritto, fornendo altresì l'occasione di colmare una lacuna e di adeguare il diritto alla realtà dei fatti³⁴.

Segue una valutazione attuale della necessità di legiferare nell'ambito dell'eutanasia passiva e di quella attiva indiretta. Le due forme di eutanasia sono trattate in capitoli distinti poiché le situazioni giuridiche iniziali divergono.

ravano specificamente a disciplinare le associazioni di aiuto al suicidio sono tuttavia stati stralciati per mancato trattamento (cfr. n. 3.1 *supra*). Poco prima il Parlamento zurighese aveva rifiutato di trasmettere un postulato che chiedeva di vietare il turismo del suicidio e di introdurre una normativa cantonale per chi presta aiuto al suicidio (cfr. n. 3.3 *supra*).

³²Cfr. ad es. NZZ del 23 marzo 2005, n. 69, pag. 15, «*Ein Fall Schiavo ist auch bei uns möglich, Erfahrungen mit der Betreuung von Wachkoma-Patienten*». Il 22.3.2005 l'ASSM ha pubblicato il parere «*Der „Fall“ Terri Schiavo: wie würde in der Schweiz gehandelt?*» (<http://www.samw.ch/docs/Stellungnahmen/TerriSchiavo.pdf>), specificando che i pazienti in coma vigile non stanno morendo, ma si trovano in uno stato stabile, probabilmente irreversibile. Stando alle direttive dell'ASSM sul trattamento di pazienti affetti da gravi danni cerebrali di lunga durata (nota 4), tali pazienti hanno diritto a una terapia adeguata, che comprende anche l'alimentazione e l'idratazione artificiali. Un paziente clinicamente stabile che non abbia mai manifestato (in qualsiasi forma e di fronte a chicchessia), direttamente o indirettamente, di desiderare il contrario, dovrà continuare ad essere alimentato e idratato. L'alimentazione e l'idratazione artificiali possono essere sospese soltanto se esiste una direttiva anticipata del paziente. Né il marito o i genitori né altri familiari prossimi o il medico curante possono decidere in vece del paziente. Soltanto se sorgessero complicazioni, i familiari potrebbero decidere insieme al team curante di rinunciare a una misura terapeutica per privilegiare l'alleviamento delle sofferenze e le cure, a condizione che ciò corrisponda alla presunta volontà del paziente.

³³Cfr. i rapporti del gruppo di lavoro e del Consiglio federale citati alla nota 8.

³⁴Cfr. rapporto a seguito del postulato Ruffy (nota 8), pag. 14 segg.

4.2 Eutanasia passiva

4.2.1 Situazione giuridica iniziale

L'eutanasia passiva consiste nel rinunciare a terapie di sostentamento vitale o nel sospenderle affinché il processo che conduce alla morte possa seguire il suo corso³⁵.

L'eutanasia passiva riveste grande importanza in Svizzera. Nel confronto internazionale con cinque Paesi comunitari (Svezia, Danimarca, Paesi Bassi, Belgio, Italia), la Svizzera detiene il primato di tale forma di eutanasia, la cui quota rispetto al totale delle morti raggiunge il 41 per cento nel nostro Paese, il 30 per cento nei Paesi Bassi e il 6 per cento in Italia³⁶.

L'omicidio per omissione³⁷ – possibile definizione dell'eutanasia passiva in base alla dottrina penale – è passibile di pena alle stesse condizioni applicabili ai cosiddetti reati omissivi impropri. Si parla di reato omissivo improprio quando al soggetto può essere imputato un evento concordante con gli elementi di una fattispecie penale (nel caso specifico la morte di una persona ai sensi degli art. 111 segg. CP)³⁸ di cui egli non abbia impedito l'avverarsi. La punibilità del reato omissivo improprio si fonda sulla funzione di garante del potenziale autore, che pertanto dev'essere investito di un particolare obbligo di agire (istituito per legge, per contratto o a causa della creazione di un pericolo). *Senza la funzione di garante non vi è concordanza con la fattispecie dell'omicidio per omissione.* Pertanto l'eutanasia passiva non è punibile se il medico o le altre persone coinvolte non fungono da garante³⁹. La funzione di garante del medico è istituita per contratto (mandato). La revoca del mandato comporta la fine della funzione di garante e quindi anche l'impunità dell'omicidio per omissione.

Se il trattamento è rifiutato o sospeso *su esplicita richiesta del paziente (capace di discernimento!)*, il medico curante non può essere punito per omissione, poiché con ogni evidenza non disporrebbe del consenso del paziente indispensabile all'ulteriore trattamento. In queste circostanze, *l'intervento del medico sarebbe arbitrario e illega-*

³⁵Cfr. n. 2.1.3 *supra*. Stando alle direttive dell'ASSM sull'assistenza a pazienti in fin di vita (nota 3), n. III ad. 3.2, le terapie di sostentamento vitale comprendono in particolare l'alimentazione, l'idratazione e la respirazione artificiali, come pure la rianimazione cardiopolmonare. A seconda della situazione, le decisioni potranno vertere anche su trattamenti quali l'ossigenazione, le medicazioni, le trasfusioni, le dialisi e gli interventi chirurgici.

³⁶Cfr. l'articolo in merito a tale inchiesta, svolta tra ottobre del 2000 e settembre del 2003, NZZ del 3.10.2005, n. 230, pag. 9. Si veda anche il compendio dei risultati in Georg Bosshard/Susanne Fischer/Karin Faisst, *Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht in sechs europäischen Ländern: Resultate der EURELD/MELS-Studie, PrimaryCare 2005*; 5; n. 39, pag. 799-802. Per la quota dell'eutanasia passiva sono stati rilevati anche i casi in cui sono state somministrate dosi elevate di oppiacei (sono pertanto compresi anche i casi di eutanasia attiva indiretta). L'inchiesta concludeva che i medici in Italia, Svezia e Danimarca si sentivano più vincolati al dovere assoluto di mantenere in vita il paziente di quanto non lo fossero i loro colleghi olandesi, belgi e svizzeri.

³⁷Schwarzenegger (nota 1) ritiene per contro che la sospensione di terapie in corso sia un'azione e quindi un *atto di eutanasia attiva diretta, legittimato* in casi eccezionali da un motivo giustificativo sovralegale (in base a un apprezzamento fondato sul diritto costituzionale). Cfr. anche i suoi commenti esaustivi sull'eutanasia passiva in situazioni differenti, *ibid.*, prima dell'art. 111 n. 21 segg.

³⁸Tali condizioni sono state definite dalla giurisprudenza, fatto che pone qualche problema sotto il profilo della legalità (cfr. messaggio del 21 settembre 1998 concernente la modifica del Codice penale svizzero [Disposizioni generali, introduzione e applicazione della legge] e del Codice penale militare, nonché una legge federale sul diritto penale minorile, FF **1999** 1669). Con la modifica del 13 dicembre 2002 del Codice penale svizzero, il Parlamento ha ora inserito tali condizioni nella Parte generale (art. 11 nCP; FF **2002** 7351). Tale modifica del Codice penale dovrebbe entrare in vigore il 1° gennaio 2007.

³⁹La punibilità dell'omicidio per omissione, oltre alla funzione di garante, presuppone anche il potere dell'atto (facoltà obiettiva e soggettiva di praticare l'intervento medico necessario) e la (elevata) probabilità che l'intervento avrebbe sventato o ritardato la morte. Cfr. Schwarzenegger (nota 1), art. 111 n. 21 segg.

le⁴⁰. La decisione del paziente di rifiutare o di interrompere interventi destinati a prolungare la vita va addirittura considerato alla stregua di un diritto fondamentale⁴¹. Tale ambito non offre pertanto alcun margine d'intervento conforme alla Costituzione per introdurre disciplinamenti federali che proponano un'ottica diversa.

4.2.2 Margine d'intervento del legislatore federale

Nell'ambito dell'eutanasia passiva, il legislatore federale può stabilire le *condizioni* che permetterebbero al paziente di rifiutare o di sospendere il trattamento *in via legale*, ad esempio rilasciando direttive anticipate o chiedendolo nel corso del trattamento. Va inoltre deciso *chi può rifiutare il trattamento e in basi a quali criteri, qualora il paziente non sia (più) in grado di farlo*.

Esistono svariate situazioni in cui il paziente è incapace di decidere in merito al rifiuto o alla sospensione di un trattamento (ad es. pazienti in coma, neonati, persone affette da demenza o da turbe psichiche). La legislazione potrebbe eventualmente illustrare le varie situazioni e sancire le regole applicabili al caso. *Idealmente, un tale disciplinamento particolareggiato*, vertente soprattutto su questioni inerenti alla capacità di discernimento, all'esercizio dei diritti civili e al rapporto di rappresentanza, ma anche sulla problematica dell'obbligo d'informazione del medico, non va collocato nel Codice penale, ma nel *Codice civile o in un'eventuale legge specifica* in virtù della competenza della Confederazione di emanare disposizioni in materia di diritto civile (art. 122 cpv. 1 Cost.).

Per quanto riguarda il *Codice penale*, il legislatore può disciplinare esplicitamente le *condizioni per l'impunità dell'eutanasia passiva*, come proposto dal gruppo di lavoro «Eutanasia»⁴².

4.3 Eutanasia attiva indiretta

4.3.1 Situazione giuridica iniziale

L'eutanasia attiva indiretta (eutanasia commissiva) è l'effetto secondario involontario, ma inevitabile di una terapia del dolore che accelera la morte del paziente in fin di vita⁴³. Se si applicasse il principio generale di causalità, si tratterebbe di un omicidio intenzionale⁴⁴. Può infatti essere considerato tale non soltanto l'omicidio mirato, ma

⁴⁰Il trattamento arbitrario sarebbe ad es. punibile in quanto lesione semplice (art. 123 CP). Cfr. in merito Karl-Ludwig Kunz, *Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit*, in: Donatsch/Forster/Schwarzenegger (ed.), *Strafrecht, Strafprozessrecht und Menschenrechte, Festschrift für Stefan Trechsel zum 65. Geburtstag*, Zurigo ecc. 2002, pag. 613 segg., 620 seg. Le direttive dell'ASSM sull'assistenza a pazienti in fin di vita (nota 3) precisano che il rispetto della volontà del paziente capace di discernimento è indispensabile per l'agire del medico. Ecco perché non è ammesso il trattamento medico contro la volontà dichiarata del paziente capace di discernimento. Tale principio si applica anche qualora tale volontà appaia, a prima vista, in contrasto con gli interessi del paziente (ibid., n. 2.1).

⁴¹Cfr. Müller (nota 5), pag. 61.

⁴²Cfr. rapporto del gruppo di lavoro «Eutanasia» (nota 8), pag. 2. La motivazione scritta in risposta alla mozione Ruffy, compresa la proposta di legge che esplicita le condizioni per l'impunità in relazione agli art. 114 e 115 CP, è riportata nel Boll. Uff. 1996 N 362.

⁴³Schwarzenegger (nota 1), prima dell'art. 111 n. 25. Cfr. ibid. anche in merito alla richiesta avanzata da taluni esponenti della dottrina di porre come condizione non la certezza, ma soltanto la probabilità che la morte venga accelerata in seguito alle cure antalgiche – per distinguere l'eutanasia attiva indiretta da quella attiva diretta.

⁴⁴L'atto è in genere considerato causale anche allorché non fa che *accelerare* l'evento (ogni omicidio può essere considerato accelerazione di un evento atteso, sì con certezza, ma più in là nel tempo). Stefan Trechsel/Peter

appunto anche l'accelerazione intenzionale della morte. L'impunità di tale forma di eutanasia va motivata – a seconda della dottrina – ricorrendo a ulteriori regole d'imputazione o motivi giustificativi. Taluni argomentano che in questo caso l'autore non cagioni un rischio illecito, per cui non vi sarebbe corrispondenza con gli elementi della fattispecie ai sensi dell'articolo 111 CP⁴⁵, oppure che egli abbia un motivo giustificativo per l'atto che, di per sé, concorda con gli elementi della fattispecie ai sensi dell'articolo 32 CP (dovere professionale del medico di lenire le sofferenze dei suoi pazienti)⁴⁶; per altri, la giustificazione si deduce da un apprezzamento fondato sul diritto costituzionale⁴⁷.

Certo, l'impunità dell'eutanasia attiva indiretta non risulta a prima vista dal Codice penale, come accade anche per l'eutanasia passiva (cfr. n. 4.2.1 *supra*); risulta tuttavia dall'applicazione di regole generali fondate sulla dottrina penale.

4.3.2 Margine d'intervento del legislatore federale

Riguardo al margine d'intervento del legislatore federale in materia di eutanasia attiva indiretta, la situazione si prospetta simile a quella illustrata per l'eutanasia passiva. Il legislatore potrebbe esplicitare nel Codice penale a quali condizioni generali un tale trattamento antalgico sarebbe esente da pena. Una sfida particolare consisterebbe di certo nel *delimitare tale forma di eutanasia per distinguerla da quella attiva (diretta), chiaramente passibile di pena secondo il diritto in vigore* (cfr. n. 2.1.1 *supra*) e destinata, a parere del Consiglio federale, a rimanere tale (cfr. n. 4.4 *infra*). Anche in questo caso il legislatore può intervenire sulle condizioni alle quali si possa o si debba decidere su tale forma di terapia. A tale proposito si rimanda a quanto esposto al numero 4.2.2 *supra*. Per l'eutanasia attiva indiretta, l'obbligo d'informazione del medico appare addirittura più importante che per l'eutanasia passiva. Infatti, mentre il probabile effetto della rinuncia al trattamento appare spesso evidente anche al profano, non può essere detto altrettanto della terapia antalgica. Il probabile lenimento della sofferenza e l'accelerazione della morte che ne deriva possono essere apprezzati inequivocabilmente soltanto ricorrendo alla scienza medica.

Noll, *Schweizerisches Strafrecht, Allgemeiner Teil I, Allgemeine Voraussetzungen der Strafbarkeit*, 6a ed. Zuri-go 2004, pag. 90.

⁴⁵Parafrasando Kunz (nota 40), secondo la teoria della rilevanza, l'evento non è obiettivamente imputabile perché, alla luce del precetto sociale riconosciuto di lenire i dolori insopportabili del morente e quindi di migliorare la qualità di vita del malato grave, il rischio di accelerare la morte è considerato *ammesso*. Alleviare in maniera efficace le sofferenze di chi sta morendo ne migliora la qualità di vita, per cui il rischio di accelerare la morte che ne deriva è tollerato.

⁴⁶Parere condiviso dal gruppo di lavoro «Eutanasia». Cfr. il suo rapporto (nota 8), pag. 43 seg., 44.

⁴⁷In assenza di un disciplinamento legale, Schwarzenegger (nota 1) ritiene ad esempio opportuno dedurre la giustificazione da un apprezzamento fondato sul diritto costituzionale, apprezzamento che eccezionalmente privilegia il diritto all'autodeterminazione e il divieto del trattamento inumano rispetto al dovere di mantenere in vita un paziente in fin di vita desideroso di morire, a condizione che non esista alcuna terapia antalgica meno incisiva e l'assenza o la riduzione del dolore compensi l'accelerazione della morte. Si potrebbe argomentare anche con il conflitto di doveri (il dovere di mantenere in vita il paziente va contro il dovere di lenirne le sofferenze). È comunque giustificato soltanto l'impiego dei mezzi necessari ad alleviare il dolore. Cfr. Martin Schubarth, *Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, Schweizerisches Strafgesetzbuch, Besonderer Teil, 1. Band: Delikte gegen Leib und Leben, Art. 111-136 StGB*, Berna 1982, introduzione sistematica, nota marginale 40.

4.4 Opportunità di legiferare

Dal 1985⁴⁸ il Consiglio federale ha ribadito in varie occasioni che l'ammissibilità dell'eutanasia passiva dipende in tal misura dalle circostanze specifiche del caso da rendere impossibile un disciplinamento giuridico soddisfacente, che del resto offrirebbe una certezza del diritto soltanto apparente. Competerebbe piuttosto al medico decidere, tenendo conto delle circostanze del caso, quali interventi siano indispensabili e quali invece no⁴⁹. Nel dibattito parlamentare a seguito della mozione Ruffy, l'allora capo del DFGP confermò i dubbi vertenti sulla questione se l'eutanasia possa essere disciplinata per legge o se l'assistenza prestata al morente vada affidata all'abilità e al dovere professionale del medico⁵⁰.

Tuttavia, non è mai stato vagliato né stabilito quali fossero le possibilità e i limiti dell'intervento legislativo in materia di eutanasia⁵¹. Nel rapporto a seguito del postulato Ruffy, ponderando i vantaggi e gli svantaggi di un disciplinamento legale sia dell'eutanasia passiva sia di quella attiva diretta, il Consiglio federale sosteneva che una legislazione chiara offriva il vantaggio di garantire la *certezza del diritto e l'uguaglianza di trattamento*⁵², ma sottolineava nel contempo le difficoltà che sarebbero sorte nel disciplinare tale complessa materia. Il gruppo di lavoro «Eutanasia» aveva rinunciato a formulare un testo di legge, limitandosi a proporre una bozza⁵³. A parere del gruppo di lavoro, la pertinente norma andrebbe inserita nel Codice penale, dal momento che in caso di rinuncia al trattamento o di somministrazione di determinate sostanze si pone innanzi tutto la questione dell'applicabilità delle disposizioni penali in materia di omicidio. Le condizioni che determinano l'impunità di tali atti andrebbero pertanto disciplinate in tale sede. Il gruppo di lavoro confermò altresì che l'eutanasia passiva non adempie la fattispecie dell'omicidio, contrariamente all'eutanasia attiva indiretta, che però si giustifica in virtù del dovere professionale del medico di alleviare le sofferenze del paziente. Nonostante le situazioni iniziali divergenti, il gruppo di lavoro propose di disciplinare esplicitamente entrambe le forme di eutanasia in un'unica disposizione:

«Articolo 111^{bis}: Atti non punibili»

¹Non è punito chi sospende o omette una terapia di sostentamento vitale, se

- a. il paziente capace di discernimento ne fa esplicita richiesta;*
- b. il paziente che abbia la salute irrimediabilmente compromessa e sia in fin di vita non è più in grado di chiederlo esplicitamente, ma, alla luce delle circostanze fattuali e di eventuali dichiarazioni di volontà anticipate, la misura corrisponde al suo presunto volere;*
- c. il paziente ha, a parere del medico e di un neurologo specializzato, irrimediabilmente perso la conoscenza e, alla luce delle circostanze attuali e di eventuali dichiarazioni di volontà anticipate, la misura corrisponde al suo presunto volere.*

²Non è punito il medico che, per lenire dolori insopportabili, pratica una terapia atta ad accelerare la morte, a condizione che il paziente lo chieda espressamente o che, alla lu-

⁴⁸Cfr. messaggio del 26 giugno 1985 concernente la modificazione del Codice penale e del Codice penale militare ecc., FF **1985** II 901 (nota 2).

⁴⁹Cfr. le risposte alle interpellanze Eggly (93.3659) e Petitpierre (93.3672); cfr. rapporto a seguito del postulato Ruffy (nota 8), pag. 14.

⁵⁰Cfr. Boll. Uff. **1996** N 362 - 368.

⁵¹La questione non era oggetto del mandato conferito al gruppo di lavoro «Eutanasia». Cfr. il suo rapporto (nota 8), pag. 2.

⁵²Cfr. rapporto a seguito del postulato Ruffy (nota 8), pag. 12 e 14 seg.

⁵³Cfr. rapporto a seguito del postulato Ruffy (nota 8), pag. 15.

ce delle circostanze attuali e di eventuali dichiarazioni di volontà anticipate, la misura corrisponda al presunto volere del paziente che non sia più capace di discernimento.»⁵⁴

4.5 Vantaggi e svantaggi

I vantaggi di un disciplinamento in tal senso sono la trasparenza e la (rinnovata) legittimazione da parte del legislatore, che comunque ha già legittimato tale condotta in altre occasioni, l'ultima volta nell'ambito della revisione dei reati contro la vita e l'integrità della persona⁵⁵. Seppure a fatica, vale a dire disponendo di cognizione di causa, dal Codice penale ormai si evince in quali casi l'eutanasia passiva e quella attiva indiretta non sono punite. Soppesare la legalità del rifiuto o della sospensione di un trattamento, o la legalità di una terapia antalgica che finisce per abbreviare la vita, presuppone talune conoscenze giuridiche (del diritto penale ma soprattutto di quello civile). L'incertezza giuridica non risiede quindi tanto nel sapere se, in linea di massima, l'eutanasia passiva o quella attiva indiretta siano ammesse o vietate⁵⁶, quanto piuttosto nel sapere *chi, in quale momento e in base a quali circostanze*, possa o debba decidere in merito⁵⁷.

L'eutanasia attiva indiretta pone il legislatore dinanzi alla sfida di formulare una chiara delimitazione rispetto all'eutanasia attiva diretta, ad esempio abbozzando nella legge l'apprezzamento necessario in questi casi e quindi definendo con maggiore precisione anche il settore della medicina palliativa. Se il Codice penale sancisse l'impunità generale delle terapie antalgiche che accelerano la morte, non traccerebbe un limite netto rispetto all'eutanasia attiva diretta, e ciò non sarebbe né sensato né coerente⁵⁸.

Tra gli *svantaggi* di un nuovo disciplinamento dell'eutanasia nel Codice penale, ma anche al di fuori di esso, va annoverato il *rischio della frammentarietà*. Per aumentare la trasparenza occorre un disciplinamento quanto più completo, ossia che comprenda tutte le categorie di casi o di pazienti. D'altro canto tale legislazione andrebbe

⁵⁴Cfr. rapporto del gruppo di lavoro «Eutanasia» (nota 8), pag. 42 segg., in particolare pag. 43 nota 67. È di tenore analogo il disegno alternativo per l'assistenza ai malati terminali, redatto da esponenti tedeschi, austriaci e svizzeri della dottrina in materia penale; il testo propone due disposizioni separate per l'eutanasia passiva e l'eutanasia attiva indiretta (§ 214: *Beenden, Begrenzen oder Unterlassen lebenserhaltender Massnahmen* e § 214a: *Leidensmindernde Massnahmen*); cfr. Heinz Schöch/Torsten Verrel et al., GA 2005, pag. 553 segg., 584 seg. Viene inoltre proposta una legge di assistenza ai malati terminali, che impone ai medici vari obblighi di documentazione. *Ibid.*, pag. 586.

⁵⁵Cfr. nota 48 *supra*.

⁵⁶Semmai vi possono essere argomentazioni divergenti a favore dell'impunità dell'eutanasia passiva. Cfr. ad es. Andreas Donatsch, *Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe*, recht 2000, pag. 141 segg., 143.

⁵⁷Insistere a somministrare cure a un paziente che ha esplicitamente revocato il mandato sarebbe addirittura illegale. Pertanto, tale ambito dell'eutanasia passiva verte su condotte non soltanto lecite, ma addirittura doverose. Cfr. n. 4.2.1 *supra*. Riguardo al problema della persona cui spetta decidere quando il paziente non è in grado di farlo si vedano i principi medico-etici dell'ASSM "Diritto dei pazienti all'autodeterminazione", approvate dal Senato il 24 novembre 2005.

⁵⁸Può semmai essere definita tale la situazione attuale. Parafrasando Kunz (nota 40), *l'impossibilità di delimitare* il campo di applicazione dell'eutanasia attiva indiretta deriva dal fatto che il rischio accettato di accelerare la morte può essere indiscriminatamente alto e raggiungere la quasi certezza. Sarebbe quindi praticamente impossibile distinguere tra il lecito alleviamento delle sofferenze che comporta il rischio di accorciare la vita e l'illecita accelerazione della morte che lenisce le sofferenze. Senza contare che le decisioni una volta prese sono quasi *impossibili da contestare a fatto avvenuto*. La necessità di somministrare analgesici correndo il rischio di accelerare la morte consente un ampio ventaglio di valutazioni.

Il disegno alternativo per l'assistenza ai malati terminali prevede l'apprezzamento. Cfr. Schöch/Verrel (nota 54), pag. 573 segg.

formulata con la flessibilità indispensabile a contemplare tutti i casi ipotizzabili come pure i possibili sviluppi futuri della medicina⁵⁹.

4.6 Conclusione

Il Codice penale non si presta al disciplinamento minuzioso di tutte le situazioni ipotizzabili in materia di eutanasia passiva o attiva indiretta. Né tanto meno si presta al disciplinamento di quesiti esulanti dai suoi argomenti di fondo (capacità di discernimento, esercizio dei diritti civili, direttive antecedenti e legalmente valide rilasciate dai pazienti, rapporti di rappresentanza, norme sul mandato). Una normativa penale distinta in materia di eutanasia passiva e di eutanasia attiva indiretta non fornirebbe in nessun momento uno strumento utile a determinare la legalità del caso concreto, ma fungerebbe soltanto da punto di partenza per un disciplinamento ulteriore al di fuori del Codice penale⁶⁰. Tale norma non contemplerebbe certo fatti nuovi, ma confermerebbe solo quanto praticato dai medici e considerato legale dalla dottrina e dalla prassi in base alla situazione giuridica attuale. Una disposizione che non affronti, o non possa affrontare, le questioni delicate che si presentano in quasi ogni caso specifico non comporta alcuna utilità pratica rispetto alla situazione giuridica attuale. Una norma di questo tipo non apporterebbe *nessun miglioramento alla situazione attuale*, perlomeno *in fatto di certezza del diritto e di uguaglianza di trattamento*.

Se per contro il legislatore tenterà di disciplinare l'eutanasia fin nei minimi particolari, nel Codice penale o in un'altra legge, allora non potrà evitare di prendere decisioni definitive in settori molto delicati⁶¹. Potrebbe ad esempio dover stabilire a quali condizioni, ad esempio nel caso di neonati morenti, i medici possano o debbano decidere, insieme ai rappresentanti legali o ai genitori, se rinunciare alle terapie o sospenderle. In questi casi non è possibile richiamarsi alla volontà o alla presunta volontà del paziente, come quando sta per morire un adulto. Le direttive attuali dell'ASSM prescrivono ai medici di prendere in considerazione l'interesse ben inteso del minore, nonché la prognosi⁶².

⁵⁹Tale è altresì il parere del gruppo di lavoro «Eutanasia». Cfr. il suo rapporto (nota 8), pag. 14 e pag. 43 seg. A pag. 44 dell'op. cit. sono definite le seguenti categorie di pazienti:

- maggiorenni capaci di discernimento;
- maggiorenni incapaci di discernimento;
- minorenni e persone interdette capaci di discernimento;
- minorenni e persone interdette incapaci di discernimento, compresi i neonati quali casi particolari.

⁶⁰Tale disciplinamento comporterebbe inevitabilmente la burocratizzazione dell'eutanasia, e non è detto che ciò gioverebbe proprio al paziente incapace di discernimento al momento di decidere in merito all'eutanasia passiva. Cfr. Gunther Arzt, *Bürokratisierung der Hilfe beim Sterben und beim Suizid – Zürich als Modell*, in: Amelung ecc. (ed.), *Strafrecht, Biorecht, Rechtsphilosophie; Festschrift für H.-L. Schreiber zum 70. Geburtstag am 10. Mai 2003*, Heidelberg 2003, pag. 583 segg., 585 segg.

⁶¹Cfr. anche Kunz (nota 40), pag. 621 seg. e il rapporto del gruppo di lavoro «Eutanasia» (nota 8), pag. 50 seg., 51., in cui si ritiene sia da temere che un tentativo di disciplinare per legge la situazione del neonato possa scatenare un dibattito del tutto inutile su quali condizioni fisiche minime debbano essere adempite per costringere una persona a vivere. Cfr. anche Robert Kehl, *Für eine gesetzliche Regelung der Sterbehilfe*, AJP/PJA 10/1995, pag. 1307 segg. e 1312 segg. Kehl taccia il legislatore, più o meno esplicitamente, di comodità e di pavidità, considerato lo strenuo rifiuto di legiferare in materia di eutanasia. Invoca un disciplinamento legale richiamandosi all'assoluta prevalenza della legge. Il legislatore non può decidere a sua discrezione se legiferare sui gravi problemi giuridici che si pongono e le incertezze di diritto sollevate, ma è semplicemente tenuto a farlo.

⁶²Le direttive dell'ASSM sull'assistenza a pazienti in fin di vita (nota 3), ai n. 2.2.2 e 3.2 stabiliscono che per i minori incapaci di discernimento è in genere determinante la volontà del rappresentante legale; di norma si tratta dei genitori. Tuttavia, le decisioni di vita o di morte comportano a volte un peso enorme, quasi insopportabile per i genitori. Pertanto, essi vanno coinvolti nel processo decisionale soltanto nella misura in cui lo desiderino. Le decisioni inerenti al trattamento e all'assistenza vanno prese nell'interesse ben inteso del minore e con il consenso dei genitori o dei rappresentanti legali. L'impiego di terapie invasive per mantenere le funzioni vitali va pertanto fatto dipendere dalla prognosi. Vanno soppesati gli svantaggi della terapia in termini di dolore, di ma-

La domanda se sia possibile legiferare in materia di eutanasia cela, da un lato, il quesito sulle fondamentali possibilità del legislatore di proporre un disciplinamento generico e astratto applicabile al caso concreto. Dall'altro, racchiude anche il quesito specifico sull'opportunità di trovare una risposta legislativa vincolante ai delicati problemi etici inerenti all'eutanasia. Considerata in questi termini, la «delega» di un tale disciplinamento ai medici o all'ASSM non pone soltanto problemi, ma sgrava anche il legislatore, purché le direttive deontologiche rispettino il diritto in vigore. Se così non fosse, potrebbero intervenire sia le autorità (inquirenti o di vigilanza, come gli uffici della sanità pubblica) sia il legislatore.

Laddove nella pratica si addita il problema di una «zona d'ombra», vale a dire laddove oggi viene davvero varcato il limite tra terapia antalgica ed eutanasia attiva diretta, l'intervento compete in primo luogo alle autorità, e non al legislatore. Difatti, non vi è alcuna incertezza del diritto in merito alla punibilità dell'eutanasia attiva. In tale contesto non è pertanto corretto parlare di una «zona d'ombra» del diritto.

Tuttavia, anche se il legislatore ponesse queste delicate domande, la sostanza non muterebbe. Al momento non si delinea infatti alcuna nuova soluzione in grado di raccogliere consensi⁶³, ragion per cui una legislazione più particolareggiata non produrrebbe alcun cambiamento materiale, ma renderebbe forse più trasparente la prassi seguita finora, ossia sostituirebbe soltanto le direttive dell'ASSM con normative più vincolanti.

Non va inoltre dimenticato che coloro che oggi invocano un disciplinamento dell'eutanasia passiva e di quella attiva indiretta nutrono talvolta il desiderio di legalizzare anche l'eutanasia attiva⁶⁴. A tratti prevalgono quindi le motivazioni politiche piuttosto che quelle inerenti allo Stato di diritto.

5 Medicina e cure palliative

La mozione della CAG-S «Eutanasia e medicina palliativa» ha incaricato il Consiglio federale anche di adottare misure per promuovere la medicina palliativa. Nelle prossime pagine si illustra quanto si sta facendo attualmente in tale settore e si dà conto delle altre opzioni attualmente disponibili.

5.1 Definizione

In Svizzera si ricorre con particolare frequenza alle due seguenti definizioni di cure palliative.

lessere e di limitazione, mettendoli a confronto con i probabili vantaggi quali un maggior benessere, più possibilità di relazionarsi e la coscienza delle proprie esperienze. Cfr. i principi dell'ASSM (nota 57) n. II.2.21 e II.3 nonché nota 4 *supra*.

⁶³Secondo Kunz (nota 40), vi sono sempre posizioni fortemente divergenti in merito all'eutanasia e tutte si dicono ispirate a valori etici, senza che nel dibattito pubblico sia possibile individuare il prevalere di una posizione rispetto all'altra; per tale motivo non è chiaro quali contenuti normativi potrebbero ottenere la maggioranza.

⁶⁴Cfr. nota 45 *supra* e quanto detto da Franco Cavalli nella seduta del Consiglio nazionale del 10.3.2004 in merito alla mozione depositata dalla CAG-CS (Eutanasia e medicina palliativa; 03.3180). Secondo Cavalli, soltanto quando l'eutanasia indiretta e quella passiva saranno disciplinate e usciranno dalla zona d'ombra, potrà essere riavviata la discussione sul problema cui si riferisce la sua iniziativa, vale a dire la possibilità di depenalizzare l'eutanasia attiva in determinate situazioni; a tale scopo la zona d'ombra deve sparire (Boll. Uff. 2004 N 266).

OMS (2002): «Le cure palliative sono un approccio che migliora la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale».

Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (2005): «La medicina e le cure palliative (Palliative Care), con la loro presa a carico globale, tendono ad una migliore qualità di vita possibile per il paziente durante tutto il decorso di ogni malattia inguaribile e progressiva; l'accento viene posto però nel periodo conclusivo della vita, quando la morte diventa prossima. Attraverso un controllo ottimale dei sintomi ed il sostegno dei bisogni sociali, psicologici e spirituali, le cure palliative vogliono lenire la sofferenza del paziente e accompagnarlo fino alla fine della sua esistenza. L'obiettivo principale non è la lotta contro la malattia, ma di vivere nel miglior modo possibile con essa. Inoltre, se del caso, i familiari o chi sta vicino al malato vengono inclusi nella presa a carico offrendo loro sostegno e accompagnamento».

«La medicina e le cure palliative comprendono tutti i trattamenti medici, le cure fisiche, il sostegno psicologico, sociale e spirituale destinati ai malati sofferenti di una affezione evolutiva inguaribile. Il suo scopo è di alleviare la sofferenza, i sintomi e di assicurare il confort e la qualità di vita del malato e dei suoi congiunti».

Prestate conformemente a tali definizioni, le cure palliative consentono di vivere e morire con dignità. In Svizzera, le due principali organizzazioni non governative operanti nel campo delle cure palliative sono la Lega svizzera contro il cancro e la Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP). Nel Manifesto di Friburgo (del febbraio 2001), la SSMCP definisce la strategia nazionale di sviluppo delle cure palliative in Svizzera, formulando i 5 obiettivi seguenti:

- integrare le cure palliative nel sistema sanitario;
- coordinarne le diverse attività;
- assicurarne l'accesso precoce;
- impiegare efficacemente la "End of Life Care";
- definire la qualità delle cure palliative.

5.2 Situazione attuale

5.2.1 Accesso alle cure palliative

Attualmente hanno accesso alle cure palliative soprattutto le persone malate di cancro o Aids. Negli anni scorsi si è tuttavia affermata la tesi secondo cui anche le persone affette da gravi patologie croniche (quali ad esempio la sclerosi multipla o la sclerosi laterale amiotrofica, una forma di atrofia muscolare dal decorso mortale) o le persone anziane affette da patologie multiorgano necessitano di cure palliative ottimali. Alla luce del processo di invecchiamento della popolazione, negli anni a venire la domanda di cure palliative dovrebbe inoltre far segnare un aumento.

In Svizzera le cure palliative vengono prodigate da cosiddetti *hospices e lighthouses*, da appositi reparti ospedalieri e da servizi domiciliari. Secondo il rapporto «Le cure

palliative in Svizzera 1999 – 2000 – Lo stato dell'arte»⁶⁵, nel 1999 e 2000 si contavano 24 strutture in Svizzera, 15 delle quali stazionarie e 9 mobili. Tali istituti ospitavano perlopiù malati di cancro (80-90%). Il numero complessivo di posti letto era di 146, equivalenti a circa 20 letti per ogni milione di abitanti. Sul piano internazionale, si ritiene che il fabbisogno minimo di posti letto per le cure palliative sia di 50 posti per un milione di abitanti, cui si affiancano poi i servizi mobili, formando così una rete di assistenza unitamente ai servizi sanitari di base e a quelli comunali. Nel 2006 è prevista la pubblicazione di una versione aggiornata del rapporto «Le cure palliative in Svizzera – Lo stato dell'arte».

L'offerta di cure palliative varia in funzione del Cantone e dell'area geografica. Secondo il predetto rapporto, nel 2000 soltanto 12 Cantoni su 26 disponevano di strutture apposite per le cure palliative. Tali cure sono meglio inserite nel sistema sanitario dei Cantoni latini, in particolare nei Cantoni di Ginevra, Vaud e Ticino. Su iniziativa della SSMCP, negli ultimi cinque anni la Svizzera tedesca e la regione di Berna/Giura/Neuchâtel hanno integrato le offerte di cure palliative esistenti nell'offerta sanitaria globale. Nel marzo del 2006 il Cantone di Zurigo ha deciso di conferire dal 2007 a tutti gli ospedali cantonali e sovvenzionati un mandato di prestazioni per le cure palliative stazionarie. È inoltre in fase di costituzione una rete di assistenza ai malati terminali al di fuori delle strutture ospedaliere.

5.2.2 Formazione e perfezionamento

Benché la formazione e il perfezionamento in materia di cure palliative abbiano sempre occupato un posto di secondo piano nell'ambito dell'offerta formativa medica, negli ultimi anni si è assistito a una professionalizzazione delle cure palliative e alla costituzione di conoscenze e capacità specifiche. Attualmente scuole specializzate superiori, scuole universitarie professionali e università offrono una formazione in questo campo (può trattarsi di alcune ore di introduzione, di corsi postlaurea o di master della durata di tre anni come quello offerto dall'«Institut Universitaire Kurt Bösch» di Sion). Nell'ambito della formazione di base del personale infermieristico, le cure palliative costituiscono una materia a sé stante o sono inserite in altri moduli di formazione (ad es. alimentazione di malati terminali, morte assistita). A partire dal 2007, l'università di San Gallo, in collaborazione con l'ospedale cantonale, offrirà parte di un master europeo multidisciplinare dedicato alle cure palliative.

Di norma, i corsi di perfezionamento si rivolgono a un ampio ventaglio di specialisti (personale di cura e medico), ma di recente hanno fatto la loro apparizione anche corsi monodisciplinari concepiti specificamente per il personale medico o per quello di cura.

5.2.3 Direttive

Sul piano europeo, una commissione internazionale di periti istituita dal Consiglio d'Europa ha di recente formulato 54 raccomandazioni concernenti le cure palliative, le quali sono state approvate dal Comitato dei Ministri nel settembre del 2004. In Svizzera, nel 2003 la Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) ha adottato principi e linee guida in materia di cure palliative. Vi è inoltre una serie di direttive emanata dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) che ri-

⁶⁵ Lo studio, commissionato dalla Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative e dalla Lega svizzera contro il cancro, è stato condotto nel 2000 da un'équipe del Centre François-Xavier Bagnoud.

guardano anche le cure palliative⁶⁶. La direttiva più recente «Cure palliative – Direttive medico-etiche e raccomandazioni», è stata posta in consultazione il 24 novembre 2005 dal Senato dell'ASSM⁶⁷.

5.2.4 Finanziamento

Benché la legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal; RS 832.10) non menzioni specificamente le cure palliative, il diritto vigente non le discrimina per quanto riguarda l'assunzione dei costi, ma neppure prevede un incentivo tariffario che possa favorire il potenziamento delle strutture che offrono tali cure⁶⁸. Anche il nuovo ordinamento del finanziamento proposto dal Consiglio federale⁶⁹ non penalizza le cure palliative per quanto riguarda l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie.

5.3 Margine di manovra

5.3.1 Confederazione

Le risposte del Consiglio federale agli interventi parlamentari relativi alle cure palliative⁷⁰ sottolineano la necessità e l'esigenza di promuovere le cure palliative in Svizzera. In virtù delle competenze riconosciute dalla Costituzione e dalla legge, la Confederazione dispone di un margine di manovra nei settori della ricerca, della formazione e del perfezionamento, nonché dell'assicurazione delle cure medico-sanitarie.

Ricerca

Con il sostegno dell'UFSP e dell'ASSM, nel 2004 la Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP) ha commissionato lo studio «Swiss Palliative Care Research Initiative» (Swiss-PCRI). Tale studio ha rilevato le categorie professionali e i progetti che rivestono importanza ai fini della ricerca futura sulle cure palliative. Ultimato lo studio (alla fine del 2004), si tratterebbe ora di varare concreti progetti di ricerca. In questo campo, la Confederazione avrebbe la possibilità di finanziare progetti di ricerca relativi alle cure palliative nell'ambito del programma di ricerca dell'UFSP o del Fondo nazionale.

Formazione e perfezionamento

– Professioni mediche universitarie: la Confederazione ha la possibilità di promuovere le cure palliative nell'ambito della formazione e del perfezionamento delle

⁶⁶ Si vedano le seguenti direttive dell'ASSM: Trattamento e assistenza a pazienti affetti da gravi danni cerebrali di lunga durata (2003) (nota 4), n. 4.3; Assistenza a pazienti in fin di vita (2004) (nota 3), n. 3.1; Trattamento e assistenza a persone anziane e bisognose di cure (2004) (nota 18), n. 4.4.

⁶⁷ La consultazione si è conclusa nel febbraio del 2006 (si veda il comunicato stampa del 30 novembre 2005 pubblicato sul sito dell'ASSM, all'indirizzo http://www.samw.ch/content/d_Publikationen_MM_30_11_05.php).

⁶⁸ In merito si vedano anche la mozione Rossini 00.3342 Finanziamento delle cure palliative del 22 giugno 2000, accolta in forma di postulato dal Consiglio nazionale il 6 ottobre 2000, nonché la risposta del Consiglio federale all'interpellanza Gross 03.3341 Medicina palliativa. Ospizi per l'assistenza ai malati terminali del 19 giugno 2003.

⁶⁹ Si veda il messaggio del 16 febbraio 2005 concernente la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, FF **2005** 1839.

⁷⁰ Si vedano la mozione Menétrey-Savary 03.3405 Inserire l'aiuto al suicidio tra le materie d'insegnamento delle facoltà di medicina del 20 giugno 2003; interpellanza Gross 03.3341 Medicina palliativa. Ospizi per l'assistenza ai malati terminali del 19 giugno 2003; mozione CAG-CS 03.3180 Eutanasia e medicina palliativa dell'11 aprile 2003; mozione Zäch 01.3523 Eutanasia. Colmare le lacune legali invece di ammettere l'omicidio del 3 ottobre 2001; interpellanza Bortoluzzi 00.3668 Potenziamento della medicina palliativa del 13 dicembre 2000; mozione Rossini 00.3342 Finanziamento delle cure palliative del 22 giugno 2000.

professioni mediche universitarie. Secondo la futura legge federale sulle professioni mediche universitarie (LPMed) – approvata dal Consiglio degli Stati quale seconda Camera l'8 marzo 2005 – la formazione e il perfezionamento devono fornire le basi scientifiche necessarie a predisporre provvedimenti preventivi, diagnostici, terapeutici, palliativi e riabilitativi. I futuri medici devono inoltre essere in grado di dispensare ai pazienti e ai loro familiari un'assistenza completa, tenendo conto anche degli aspetti psicologici, sociali, giuridici, culturali ed etici. In concreto, definendo gli obiettivi di formazione e di perfezionamento la LPMed regola le competenze, le attitudini e le capacità dei medici anche per il settore delle cure palliative. Con l'entrata in vigore della LPMed, gli obiettivi di studio e i cicli di perfezionamento riconosciuti dall'«organo di accreditamento e di garanzia della qualità» (OAQ) garantiranno la qualità della formazione e del perfezionamento in materia di cure palliative. In tale contesto, l'UFSP ha inoltre raccomandato alla Commissione interfacoltà di medicina svizzera (CIMS) di concretizzare, nell'ambito del catalogo degli obiettivi degli studi in medicina, gli obiettivi di formazione relativi alle cure palliative. Tale catalogo degli obiettivi di studio è attualmente oggetto di revisione.

- Formazione sanitaria in scuole universitarie professionali: dall'entrata in vigore della revisione della legge sulle scuole universitarie professionali (autunno 2005), gli studi nei settori della sanità, del lavoro sociale e della cultura sono di competenza della Confederazione (più precisamente dell'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia, UFFT). È previsto che Confederazione e Cantoni stipolino un accordo sull'offerta di studi e sulle direttive di accreditamento delle scuole universitarie professionali. Attualmente non è dato sapere in che misura la Confederazione potrà influire (p. es. intervenendo a favore delle cure palliative) sul contenuto concreto dei vari cicli di studio e, in una fase ulteriore, dei cicli di perfezionamento.
- Professioni sanitarie non universitarie: con l'entrata in vigore (il 1° gennaio 2004) della nuova legge federale sulla formazione professionale (LFPr, RS 412.10), la Confederazione (l'UFFT) è competente anche a disciplinare la formazione non universitaria nelle professioni sanitarie. Forma e contenuto dei vari iter formativi sono tuttavia stabiliti dall'associazione di categoria «Arbeitswelt Gesundheit», sicché la Confederazione non ha modo di intervenire su quest'aspetto.

Nuovo ordinamento del finanziamento delle cure

Il 16 febbraio 2005 il Consiglio federale ha licenziato il messaggio concernente la legge federale sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure. Allo scopo di stabilizzare i costi delle cure nell'ambito dell'assicurazione malattie, si propone un modello di finanziamento che lascia invariata la definizione delle prestazioni di cura a carico delle casse malati. Aumentando gli assegni per grandi invalidi nell'AVS e le prestazioni complementari, si intende inoltre alleviare la difficile situazione finanziaria di determinati gruppi di persone bisognose di cure.

Al momento di attuare a livello di ordinanza il nuovo ordinamento del finanziamento delle cure, sarà nondimeno opportuno rivedere le attuali definizioni delle prestazioni di cura⁷¹, eventualmente precisandole, in modo che corrispondano alla dottrina e alla prassi vigenti. Nell'ambito di tale ridefinizione occorrerà accertarsi che, in situazioni

⁷¹ Ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (Ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31)

particolari (quali le cure palliative o le cure in caso di malattie psichiche o demenza senile), i bisogni delle persone che necessitano di cure non vengano trascurati. Nel gennaio del 2006, in seno alla Commissione della sicurezza sociale e della sanità pubblica del Consiglio degli Stati si è iniziato il dibattito sul nuovo ordinamento del finanziamento delle cure.

5.3.2 Cantoni

Spetta ai Cantoni fare il punto della situazione e accertare il fabbisogno di cure palliative all'interno dei confini cantonali, destinando i fondi necessari a tali cure nell'ambito del preventivo relativo alle spese sanitarie.

I Cantoni possono inoltre legiferare allo scopo di integrare meglio le cure palliative nel sistema sanitario cantonale. Qui appresso citiamo alcuni esempi in tal senso:

- Cantone di Zurigo: le cure palliative sono state disciplinate in modo approfondito nell'ambito della legislazione sui pazienti (2005);
- Cantone di Turgovia: è in corso una revisione della legge sulla salute pubblica volta a includere le cure palliative (2006);
- Cantone di Vaud: è stato emanato un decreto concernente un programma cantonale di cure palliative (2002);
- Città di Berna: il municipio ha emanato delle direttive concernenti il diritto alle cure palliative nell'ambito delle cure ambulatoriali e stazionarie a lungo termine (2004).

Formazione e perfezionamento

I Cantoni di Ginevra e Vaud hanno in programma di finanziare congiuntamente una cattedra di Cure palliative all'Università di Losanna. L'istituzione di una cattedra universitaria di cure palliative e la sua inclusione negli studi in medicina è un obiettivo dichiarato anche del Cantone di Zurigo.

Accesso alle cure palliative: pianificazione e finanziamento

Spetta ai Cantoni provvedere a un'offerta adeguata di cure palliative nell'ambito della pianificazione dell'assistenza sanitaria. Occorre nondimeno intervenire per quanto riguarda il finanziamento della degenza in istituti medicosociali che non figurano negli elenchi cantonali degli ospedali e delle case di cura. In tali casi il paziente deve infatti partecipare alle spese occasionate dalla propria degenza. I Cantoni potrebbero pertanto promuovere le cure palliative in modo mirato e inserendo le strutture che offrono cure palliative nell'elenco degli ospedali e delle case di cura. Per quel che riguarda l'assistenza e le cure a domicilio, i Cantoni o i Comuni potrebbero rafforzare la posizione delle cure palliative nel settore Spitex conferendo corrispondenti mandati di prestazioni.

Irrisolta è la questione del finanziamento dell'assistenza fornita da uno specialista (p. es. la discussione di casi medici) al personale non specializzato che fornisce cure domiciliari (medici di famiglia, organizzazioni Spitex), assistenza che non può essere attribuita a un paziente determinato e non può essere fatturata quale consulenza all'assicurazione malattia. A questo riguardo il Cantone avrebbe ad esempio la possibilità, mediante un apposito mandato di prestazioni, di rimborsare all'ospedale cantonale tale forma di assistenza specialistica.

Garanzia della qualità

Stipulando mandati di prestazioni con le organizzazioni interessate (Spitex, case di cura), i Cantoni e i Comuni possono definire e dichiarare vincolanti i criteri di qualità inerenti alla medicina e alle cure palliative.

5.4 Conclusione

Se prestate secondo le regole dell'arte medica, le cure palliative, vale a dire le cure dispensate a una persona durante tutto il decorso di una malattia inguaribile e progressiva, consentono al paziente di vivere e morire con dignità. Benché negli ultimi anni sia migliorata sia dal punto di vista quantitativo che da quello qualitativo, l'offerta di cure palliative presenta tuttora lacune, le quali sono peraltro riscontrabili anche in materia di informazione e di consulenza all'interessato e ai suoi familiari.

Informazioni più ampie sulle cure palliative e un'offerta completa concorrerebbero a rendere meno desiderabili le opzioni del suicidio assistito o dell'eutanasia attiva.

Per il tramite del loro mandato di assistenza sanitaria nel settore ospedaliero e in collaborazione con fornitori di prestazioni a domicilio, i *Cantoni* possono migliorare ulteriormente l'informazione e l'offerta di cure palliative, affinché a lungo termine possano essere dispensate cure palliative a tutti i pazienti che ne abbisognano.

La *Confederazione* può sostenere lo sviluppo delle cure palliative nei settori in cui dispone delle competenze necessarie a tal fine: la formazione e il perfezionamento delle professioni mediche universitarie, delle professioni sanitarie in scuole universitarie professionali e delle professioni sanitarie non universitarie, come pure il finanziamento delle cure palliative. Nell'ambito della promozione della ricerca, la Confederazione potrebbe impegnarsi maggiormente.

6 Aiuto al suicidio, organizzazioni di aiuto al suicidio e turismo della morte

Strettamente connessa ai temi dell'eutanasia e della medicina palliativa (dei quali si occupa la mozione 03.3180 della CAG-CS) è la problematica dell'aiuto al suicidio nelle sue diverse forme. La politica e l'opinione pubblica ritengono addirittura che, a causa dei rischi di abuso che comportano, le organizzazioni di aiuto al suicidio e il turismo del suicidio costituiscano i problemi principali di cui il legislatore dovrebbe occuparsi. Le pagine seguenti analizzano i problemi esistenti e la necessità di legiferare in tali settori.

6.1 Situazione attuale

6.1.1 Dati statistici

Le seguenti organizzazioni di aiuto al suicidio sono state o sono tuttora attive in Svizzera:

- EXIT Deutsche Schweiz (fondata nel 1982, conta circa 50'000 membri)
- EXIT-ADMD Suisse romande (fondata nel 1982, circa 10'000 membri)

- Dignitas (fondata nel 1998, 4'500 membri nel mondo; tra 600 e 700 in Svizzera)
- Ex-International (non si dispone di dati riguardo a questa organizzazione)
- SuizidHilfe (chiusa dal 27 marzo 2003)

Evoluzione del numero di casi negli ultimi anni ⁷²

- EXIT Deutsche Schweiz (prevalentemente persone domiciliate in Svizzera):

1990 - 1993: media annua di 30 suicidi assistiti

1996: 106 casi

1997: 108 casi

1998: 113 casi

1999: 111 casi

2000: 96 casi

2001: 124 casi

2002: 90 casi

2003: 131 casi

2004: 153 casi

2005: 162 casi

- DIGNITAS (esclusivamente persone provenienti dall'estero):

2000: 3 casi

2001: 38 casi

2002: 59 casi

2003: 91 casi

2004: 88 casi

⁷² I dati relativi a EXIT Deutsche Schweiz sono desunti dalle relazioni annuali. Riguardo ai dati del 2005, si veda la relazione annuale 2005 di Werner Kriesi, EXIT Deutsche Schweiz Info 1/2006, pag. 11. I dati relativi a DIGNITAS provengono dai rapporti d'attività pubblicati sino al 2003 sulla homepage di DIGNITAS, nonché da dichiarazioni della stessa organizzazione. Tra il 1998 e il 15 settembre 2005 si contano 253 persone domiciliate in Germania (su un totale di 453). Si veda Ludwig A. Minelli, Die Aufgabe von DIGNITATE-Deutschland, e l'atto di costituzione di DIGNITATE-Deutschland del 26 settembre 2005 (anch'esso disponibile sulla homepage di DIGNITAS).

Dimensioni del turismo del suicidio in rapporto al numero complessivo dei decessi⁷³ e a quello dei suicidi assistiti in Svizzera:

Statistica relativa al 2003	Svizzera	% in rapporto ai decessi	% in rapporto ai suicidi
Decessi	63'070		
Suicidi	1'400	2,22%	
Suicidi assistiti da organizzazioni (EXIT Deutsche Schweiz: 131; EXIT-ADMD Suisse romande: 50; DIGNITAS: 91)	272	0,43%	19,43%
Suicidi di persone domiciliate all'estero assistiti da organizzazioni (DIGNITAS)	91	0,14%	6,5%

In relazione a questa statistica va sottolineato che in Svizzera la ricerca sul suicidio, il cui compito sarebbe quello di individuare le cause dell'elevato tasso di suicidi rispetto ai Paesi limitrofi, sta ancora muovendo i primi passi⁷⁴.

6.1.2 Il turismo del suicidio

Senza un aiuto organizzato, il fenomeno del turismo del suicidio in Svizzera (si veda il n. 2.2.2) non avrebbe potuto assumere questa forma e queste dimensioni. Il turismo del suicidio, vale a dire l'aiuto al suicidio prestato a persone residenti all'estero, è organizzato e gestito prevalentemente dall'associazione DIGNITAS (per le cifre si rinvia al n. 6.1.1).

Poiché gli interessati non risiedono in Svizzera, i suicidi assistiti si compiono in un appartamento di Zurigo preso in affitto da DIGNITAS e, dal 2004, in una casa sita nel Cantone di Argovia (quest'ultima struttura è provvisoria). Secondo quanto dichiarato dal segretario generale di Dignitas, Ludwig A. Minelli, l'aiuto al suicidio prevede un colloquio tra un rappresentante dell'organizzazione e la persona intenzionata a porre fine alla propria esistenza. Un medico di fiducia prescrive quindi all'interessato, dopo averlo incontrato, un farmaco o uno stupefacente letale, che l'assistente consegna al suicida in assenza del medico. A tale scopo Dignitas utilizza esclusivamente il pentobarbitale sodico. 15 grammi di tale sostanza, i cui effetti si manifestano nel giro di 2-5 minuti, inducono il coma e, dopo un lasso di tempo variabile, la paralisi

⁷³ Fonte: Ufficio federale di statistica; Stato e movimento della popolazione – Cifre chiave, Decessi; si veda l'indirizzo Internet http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/themen/bevoelkerung/stand_u_struktur/blank/kennzahlen0/ueberblick.html.

⁷⁴ Cfr il rapporto «Suicidio e prevenzione del suicidio in Svizzera, Rapporto in esecuzione del postulato Widmer (02.3251)», http://www.bag.admin.ch/gespol/suizidpraevention/d/suizid_i.pdf, Ufficio federale della sanità pubblica, aprile 2005. Il tasso di suicidio in Svizzera (19,1 per 100'000 abitanti) si situa nettamente al di sopra della media mondiale (14,5). Un raffronto delle cause di morte mostra che i decessi per suicidio superano l'insieme dei decessi per incidente, Aids e droga (per i dati esatti si veda il rapporto in questione, pag. 8). I farmaci e le droghe svolgono inoltre un ruolo importante nei tentativi di suicidio (sono utilizzati nel 68% dei casi; pag. 15 del rapporto). Nella Svizzera tedesca si ricorre all'assistenza al suicidio in 5 su 10 decessi per cause diverse. L'eutanasia passiva è praticata nel 27,7 per cento di tutti i decessi, l'eutanasia attiva indiretta nel 22,1 per cento, mentre l'assistenza al suicidio nello 0,4 per cento dei casi (pag. 16 del rapporto). Il 90 per cento delle persone che si sono tolte la vita aveva sofferto di depressione, di un disturbo psichico diagnosticabile o erano affette da dipendenze (pag. 17 del rapporto).

dell'apparato respiratorio. Lo stupefacente viene consegnato personalmente al suicida dall'assistente, cui è dovuto un compenso di 500 franchi. In totale, il suicida versa a DIGNITAS 2 000 franchi per l'assistenza da essa fornita⁷⁵.

Ogni suicidio viene annunciato all'autorità competente quale decesso non dovuto a cause naturali (in merito si veda il n. 6.2.2). Altre autorità (medico legale, medico cantonale) sono coinvolte negli accertamenti del caso. Le autorità inquirenti appurano se il caso in questione sia da ritenersi un suicidio, verificando se il defunto avesse la piena padronanza degli eventi e, inoltre, se abbia preso la decisione di suicidarsi senza subire pressioni esterne. Se si tratta di suicidio, occorre verificare la sussistenza degli altri elementi costitutivi della fattispecie di cui all'articolo 115 CP. Chi presta aiuto al suicida è infatti penalmente perseguibile soltanto se ha agito per motivi egoistici.

6.1.3 Diritto comparato

Una delle cause principali alla base del fenomeno del turismo del suicidio consiste nelle differenze esistenti tra le normative adottate dai vari Paesi riguardo al suicidio e alle diverse forme di eutanasia. Alla luce di quanto prevede l'articolo 115 CP (Istigazione e aiuto al suicidio)⁷⁶, il sistema giuridico svizzero è ritenuto permissivo rispetto ad altri Paesi, in particolar modo rispetto a quelli limitrofi.

In *Germania* l'istigazione e l'aiuto al suicidio non vengono puniti in quanto tali (poiché il suicidio non è penalmente perseguibile non può esserlo neppure la partecipazione al suicidio). A determinate condizioni, una persona che detenga una posizione di garante e non abbia impedito un suicidio o prestato assistenza al suicida può nondimeno essere chiamata a rispondere di tale omissione. Anche nel caso di un suicidio assistito da un medico (peraltro lecito), la giurisprudenza tedesca ha affermato che il medico in questione deve cercare di rianimare il paziente, purché ciò sia ancora possibile, non appena questi abbia perso conoscenza (si veda BGHSt 32, 367). Tale giurisprudenza ha indotto chi presta assistenza ai suicidi, in particolare il noto dottor Julius Hackethal, a optare per la somministrazione di una sostanza il cui effetto letale è quasi istantaneo, così da rendere vano in partenza qualsivoglia tentativo di rianimazione del suicida.

Secondo il *diritto francese*, l'assistenza al suicidio non è penalmente perseguibile; il «Code de déontologie médicale» vieta tuttavia ai medici di praticare l'eutanasia⁷⁷. La legislazione francese riconosce inoltre il diritto alle cure palliative, in virtù del quale i congiunti del malato hanno diritto ad assisterlo nelle ultime fasi della sua esistenza (il che può tradursi ad es. nel diritto a ottenere un congedo lavorativo per tale motivo).

⁷⁵ Dignitas conta attualmente circa 4'500 membri in almeno 52 Paesi. Il maggior numero di membri è di nazionalità tedesca; mentre 560 membri (il 13%) sono britannici. Tra il 10 ottobre 2002 e il 4 aprile 2004, 22 britannici (nati tra il 1925 e il 1965) hanno commesso suicidio in territorio svizzero con l'aiuto di Dignitas. Dalla fondazione di Dignitas (nel 1998) sino all'inizio di febbraio del 2005, 362 persone si sono tolte la vita con l'aiuto di tale organizzazione. A suo dire, Dignitas dispone di 6-8 medici di fiducia nei Cantoni di Zurigo, Argovia e Lucerna. A tal proposito e in merito alla procedura di assistenza al suicidio seguita da Dignitas si veda: House of Lords, Select Committee on the Assisted Dying for the Terminally Ill Bill, Assisted Dying for the Terminally Ill Bill [HL], Londra 2005, Volume II, pag. 633-646.

⁷⁶ A tal proposito si vedano i n. 2.2.1 e 6.1.4.

⁷⁷ Il Code de déontologie médicale è integrato nel Code de la Santé Publique, ai numeri R.4127-1 - R.4127-112; l'articolo 38 di tale Codice recita: «Le médecin doit accompagner le mourant jusqu'à ses derniers moments, assurer par les soins et mesures appropriés la qualité d'une vie qui prend fin, sauvegarder la dignité du malade et réconforter son entourage. Il n'a pas le droit de provoquer délibérément la mort».

In *Austria, Italia, Spagna, Portogallo e Polonia* l'assistenza al suicidio è penalmente perseguibile.

In *Gran Bretagna* l'assistenza al suicidio è ritenuta un reato. Rispetto all'Europa continentale, la Gran Bretagna ha di principio un approccio giuridico più prudente nei confronti del suicidio. Si pensi ad esempio che, sino al Suicide Act del 1961, il tentativo di suicidio era penalmente perseguibile⁷⁸.

Le differenze esistenti tra le legislazioni europee hanno dunque alimentato il turismo del suicidio verso la Svizzera. Negli ultimi anni, un numero crescente di persone è venuto in Svizzera per porre fine alla propria esistenza con l'aiuto di organizzazioni apposite, tra cui in particolare DIGNITAS. La Svizzera non è tuttavia l'unico Paese ad avere un atteggiamento liberale riguardo al suicidio. Vi sono Paesi che si sono addirittura spinti oltre, promulgando leggi sull'eutanasia.

Prima in Europa, nell'aprile del 2002 l'*Olanda* ha depenalizzato (a determinate condizioni) l'aiuto al suicidio fornito da medici. In *Belgio*, la legge sull'eutanasia del 28 maggio 2002 ha legalizzato l'eutanasia (vale a dire l'omicidio di una persona su richiesta di quest'ultima) praticata da un medico a determinate condizioni. Negli *Stati Uniti*, nel 1997 l'*Oregon*, unico Stato al di fuori dell'Europa, ha adottato una normativa sul suicidio assistito da un medico⁷⁹.

6.1.4 Norme giuridiche e deontologiche in Svizzera

Tra le disposizioni di legge valide *erga omnes*, applicabili dunque anche alle organizzazioni di aiuto al suicidio e ai loro rappresentanti, rivestono particolare importanza gli articoli 111 segg. CP e le disposizioni della legge sugli stupefacenti (LStup; RS 812.121). Non esistono per contro disposizioni applicabili in modo specifico alle organizzazioni di aiuto al suicidio. Se chi presta aiuto a un suicida intende fare uso di stupefacenti quali il pentobarbitale sodico deve però rivolgersi a un medico abilitato ad esercitare la professione. Giusta l'articolo 10 LStup sono infatti autorizzati a prescrivere stupefacenti⁸⁰ unicamente i medici abilitati di cui all'articolo 9 LStup⁸¹. In forza dell'articolo 11 LStup tali medici sono tenuti a usare, dispensare o prescrivere

⁷⁸ La Gran Bretagna sta attualmente valutando l'opportunità di ammettere l'aiuto al suicidio, a determinate condizioni, nel caso dei malati terminali. In merito si veda House of Lords (nota 73), Volume I: Report, pag. 5 segg. In merito all'attuale situazione giuridica in Gran Bretagna si veda op. cit., pag. 12 segg., e Volume II: Evidence, pag. 578 segg., 580.

⁷⁹ Nel gennaio del 2006 la Corte Suprema degli Stati Uniti ha approvato, con sei voti a favore e tre contrari, la legge dell'Oregon, respingendo dunque l'istanza del ministro della giustizia Gonzales. In merito alla situazione giuridica nei Paesi summenzionati e in altri Paesi si veda il rapporto della CNE (nota 20), pag. 40-43 (della versione tedesca, poiché tale sezione del rapporto non è stata tradotta in italiano).

⁸⁰ L'appendice A dell'ordinanza dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope (Ordinanza di Swissmedic sugli stupefacenti, OStup-Swissmedic; RS 812.121.2) elenca gli stupefacenti ai sensi della LStup.

⁸¹ Il rilascio dell'autorizzazione al libero esercizio della professione medica compete ai Cantoni; la legge federale sulle professioni mediche universitarie, attualmente al vaglio del Parlamento, disciplinerà le condizioni di autorizzazione, ma il rilascio dell'autorizzazione resterà di competenza dei Cantoni (FF 2005 145, in particolare 195). L'autorizzazione può ad esempio essere revocata se un medico, nel prescrivere il pentobarbitale sodico, viene meno ai suoi obblighi di diligenza; in merito si veda Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/Kiesewetter, Urteil-sfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe, SJZ 101, 2005, pag. 53 segg., 87 segg.

gli stupefacenti nella misura ammessa dalla scienza⁸². I medici hanno per contro il diritto di rifiutarsi di prescrivere una sostanza letale⁸³.

Gli articoli 41 segg. dell'ordinanza sugli stupefacenti (O Stup; RS 812.121.1) disciplinano le modalità d'acquisizione e d'utilizzazione degli stupefacenti da parte di persone che esercitano una professione sanitaria. Giusta l'articolo 43 O Stup, i medici possono prescrivere stupefacenti soltanto ai pazienti che hanno essi stessi visitato. La relativa ricetta deve inoltre contenere le seguenti indicazioni: il nome, l'indirizzo, la firma autografa e il timbro del medico che ha prescritto lo stupefacente; il nome, l'anno di nascita e l'indirizzo del paziente; la data di compilazione della ricetta; il nome dello stupefacente, il dosaggio e la forma farmaceutica; il quantitativo e le istruzioni per l'uso⁸⁴.

Le *direttive medico-etiche dell'ASSM sull'assistenza ai pazienti in fin di vita* si occupano anche dell'assistenza al suicidio da parte di medici, stabilendo in particolare esigenze minime, una delle quali fa riferimento alle condizioni di salute del suicida, la cui malattia dev'essere in una fase terminale⁸⁵.

Per quanto riguarda le limitazioni legali, va rammentato che nel 1987 la Città di Zurigo ha espressamente vietato l'aiuto al suicidio negli ospedali, negli ospizi e nelle case di cura. Nel 2000 il municipio di Zurigo ha riesaminato il divieto, decidendo di autorizzare a determinate condizioni l'assistenza al suicidio praticata da apposite organizzazioni negli ospizi e nelle strutture di cura⁸⁶. In precedenza, gli ospiti di tali istituti si vedevano costretti a commettere suicidio al di fuori dell'istituto, ad esempio nella propria abitazione. Tale è il caso dei pazienti degli ospedali zurighesi, in quanto il divieto è tuttora valido nei nosocomi cittadini (è invece ammessa la visita da parte di organizzazioni di aiuto al suicidio). Il decreto del municipio di Zurigo stabilisce che nelle altre strutture facenti capo al Dipartimento della sanità e dell'ambiente non può essere prestata assistenza al suicidio a persone affette da disturbi psichici. Se viene a conoscenza del fatto che un paziente sta programmando il proprio suicidio con l'aiuto di un'organizzazione, *il personale sanitario è inoltre tenuto a comunicarlo alla direzione dell'istituto*⁸⁷.

Il 17 ottobre 2001 il municipio di Berna ha emanato le «Richtlinien zur Beihilfe zum Suizid unter Beizug Dritter in öffentlichen Heimen», le quali sono entrate subito in

⁸² Secondo le direttive medico-etiche dell'ASSM sull'assistenza ai pazienti in fin di vita (nota 3), l'assistenza al suicidio non rientra nell'attività medica, ma il medico è libero di decidere secondo coscienza di assecondare la volontà del paziente, e la sua volontà va rispettata; in merito si veda il n. 3.2.1.

⁸³ Il diritto fondamentale della libertà di credo e di coscienza, di cui all'articolo 15 Cost., riconosce ad ognuno il diritto di scegliere liberamente la propria religione e le proprie convinzioni filosofiche e di professarle individualmente o in comunità, nonché di agire in base a tali convinzioni. Ciò implica anche il diritto di rifiutarsi, per motivi di coscienza, di prendere parte a trattamenti medici (in merito si veda il rapporto del gruppo di lavoro «Diritti del personale medico» indirizzato al DFGP il 12 marzo 2002, in particolare il n. 3.4). Va infine rilevato che i medici che esercitano la professione in qualità d'indipendenti possono in linea di principio rifiutarsi di prestare qualsiasi cura (anche in assenza di motivi di ordine etico), purché non si tratti di una situazione d'emergenza (si veda l'allegato IV al rapporto «Diritti del personale medico», op. cit., Perizia sulla libertà di coscienza del personale sanitario, redatta da DIALOG ETHIK il 5 ottobre 2001, all'attenzione dell'Ufficio federale di giustizia, pag. 3).

⁸⁴ A seguito di una richiesta in tal senso da parte delle autorità inquirenti zurighesi, attualmente nel Cantone di Zurigo il medico che prescrive lo stupefacente deve inoltre redigere una dichiarazione in cui attesti che il paziente è capace di discernimento e in grado di assumere da sé il pentobarbitale sodico. In merito si veda Ludwig A. Minelli, *Die EMRK schützt die Suizidfreiheit*, AJP 5/2004, pag. 491 segg., 500.

⁸⁵ A tal proposito si vedano il n. 3.2.1 e la nota 101.

⁸⁶ Si veda la nota 25.

⁸⁷ Riguardo all'obbligo di comunicazione e ad altri aspetti del decreto municipale zurighese si veda Gunther Arzt, (nota 60), pag. 588 segg.

vigore. Tali direttive ammettono in linea di principio il suicidio all'interno di un istituto di cura pubblico se l'interessato non dispone più di un'abitazione propria. Il personale dell'istituto non può tuttavia prendere parte attiva alla preparazione o alla commissione del suicidio (neppure se perpetrato con l'aiuto di terzi) e, in particolare, non può mettere l'interessato in contatto con organizzazioni di aiuto al suicidio. Se la persona in questione lo desidera, il personale può nondimeno essere presente (ma non vi è comunque tenuto) quando questa si toglie la vita.

6.2 Analisi del problema

6.2.1 Rischio di abusi

L'aumento dei casi in cui una persona residente all'estero commette suicidio in Svizzera con l'aiuto di un'organizzazione ha posto, in relazione all'accertamento degli elementi soggettivi della fattispecie di cui all'articolo 115 CP, il problema degli eventuali abusi commessi sfruttando la sottile linea di confine che separa l'assistenza al suicidio autorizzata da quella penalmente perseguibile o dall'omicidio. Le organizzazioni si basano sulla disposizione liberale prevista dal Codice penale in un modo che il legislatore non aveva previsto. Sussistono inoltre dubbi circa il rispetto delle altre prescrizioni applicabili (si veda in merito il n. 6.1.4), con i timori che ne derivano riguardo alla protezione di coloro che intendono commettere suicidio con l'assistenza di terzi⁸⁸. Se il suicida proviene dall'estero (si veda il n. 6.2.2), le autorità giudiziarie zurighesi temono inoltre che gli eventuali abusi possano restare impuniti a causa delle maggiori difficoltà nel raccogliere elementi di prova.

In Svizzera, le condanne pronunciate in forza dell'articolo 115 CP sono state sinora assai rare⁸⁹. Nessuna di tali condanne riguardava poi l'attività di un'organizzazione di aiuto al suicidio. A oggi nessun tribunale ha mai avuto modo di affermare che l'operato di tali organizzazioni costituisca reato. Talvolta vi è per contro motivo di dubitare che siano soddisfatte tutte le condizioni necessarie affinché un medico possa prescrivere lo stupefacente letale (si veda il n. 6.1.4), e più in particolare il fatto che l'interessato sia un malato terminale (n. 3.2.1).

Il rischio di abusi è dato in particolare in relazione agli aspetti seguenti.

- Il suicida deve avere la *padronanza dell'atto* e deve aver preso tale decisione liberamente e volontariamente. Egli deve avere agito autonomamente e pienamente cosciente del significato e della portata del suo gesto. Deve inoltre aver compiuto da sé l'atto con cui ha posto fine alla sua esistenza. In caso di pressioni, coazione, minacce, inganni da parte di terzi oppure di incapacità di discernimento dell'interessato non è dato un suicidio ai sensi dell'articolo 115 CP, bensì un omicidio.

⁸⁸ Si veda il reportage «Fahrkarte – ganz einfach» del settimanale Facts (nota 30), pag. 16 segg. Si veda inoltre l'articolo pubblicato dalla SonntagsZeitung del 4 dicembre 2005, n. 49, pag. 2, «Zürcher Justiz ermittelt gegen Sterbehilfeverein Dignitas; Ungereimtheiten bei Spenden in Höhe von 230 000 Franken».

⁸⁹ Tra il 1960 e il 1998 si contano otto casi in Svizzera. In merito si veda Schwarzenegger, op. cit. (nota 1), art. 115 n. 1 segg., e op. cit., pag. 64 seg., statistica relativa all'art. 115 CP. Il 26 aprile 2005 il Bezirksgericht di Zurigo ha condannato un uomo a tre anni di reclusione per aver istigato un terzo al suicidio per motivi chiaramente egoistici (art. 115 CP), disponendo inoltre nei suoi confronti (per la seconda volta) l'internamento a tenore dell'articolo 42 CP (si veda la NZZ del 27 aprile 2005, n. 97, pag. 51).

- La *capacità di discernimento* del suicida riveste particolare importanza. Le persone che ne sono prive non possono pertanto commettere suicidio. Nel caso concreto può nondimeno risultare difficile provare la capacità di discernimento di una persona. Tale capacità è in dubbio se l'interessato soffre di una forma di dipendenza o ha subito l'influsso di terzi, ad esempio nel caso di malati psichici, malati gravi o terminali, giovani e bambini, lungodegenti ecc.
- Per essere esente da pena, chi assiste un suicida non deve avere agito *per motivi egoistici*, il che solleva le questioni del presunto altruismo alla base dell'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio e del loro finanziamento. Per verificare l'adempimento di tale condizione, occorre che l'autorità inquirente possa prendere visione della documentazione finanziaria dell'organizzazione in questione. Spetterà poi alle autorità giudiziarie stabilire se la condizione dell'assenza di motivi egoistici sia soddisfatta quando l'attività viene esercitata a titolo professionale – quand'anche l'organizzazione utilizzi le retribuzioni percepite esclusivamente per coprire le spese per le infrastrutture e per il personale. Sono dati motivi egoistici ai sensi dell'articolo 115 CP anche quando l'autore persegue prevalentemente il soddisfacimento di propri bisogni materiali o affettivi, come entrare in possesso di un'eredità, liberarsi di un obbligo di mantenimento o sbarazzarsi di una persona odiata, ma anche il desiderio di affermarsi o la mania di pubblicità.

6.2.2 L'onere per gli enti pubblici

Ogni decesso non dovuto a cause naturali va annunciato all'autorità di perseguimento penale⁹⁰, la quale avvia indagini preliminari di polizia nel corso delle quali si cerca di appurare se si tratti di un suicidio o di omicidio. Nel caso del suicidio assistito, occorre poi stabilire se il suicida avesse la padronanza dell'atto e abbia preso la decisione di suicidarsi liberamente e volontariamente, se fosse pienamente cosciente della portata del suo gesto e abbia agito in totale autonomia, se avesse reiterato in modo costante i suoi propositi suicidi e, infine, se abbia compiuto da sé l'atto che ne ha provocato la morte (si veda il n. 6.2.1). Va infine appurato se chi ha prestato assistenza al suicidio abbia agito per motivi egoistici.

Per le autorità inquirenti dei Cantoni particolarmente colpiti dal fenomeno del turismo del suicidio, verificare la sussistenza dei summenzionati elementi costitutivi della fattispecie di cui all'articolo 115 CP può comportare problemi supplementari. Accertare la capacità di discernimento del suicida risulta spesso difficile, poiché non è possibile raccogliere prove sufficienti al riguardo. In taluni casi, tali accertamenti vengono compiuti in via rogatoriale. Per le autorità inquirenti svizzere è inoltre impegnativo e difficile verificare l'attendibilità di un eventuale certificato medico straniero. È dunque innegabile che il turismo del suicidio comporti una mole di lavoro supplementare (con le spese che ne derivano) per le autorità svizzere che se ne occupano.

⁹⁰ Nel Cantone di Berna, ad esempio, il personale specializzato di cui all'articolo 28 capoverso 1 della Gesundheitsgesetz (GesG; BSG 811.01) è tenuto a segnalare immediatamente alle autorità inquirenti i decessi non dovuti a cause naturali constatati nell'esercizio della professione. De facto, la segnalazione sfocia nell'avvio di indagini preliminari di polizia (cui può seguire eventualmente l'apertura di un'istruzione). La *Verordnung über Sterbehilfe und Todesfeststellung* dell'11 giugno 1997 (BSG 811.06) dichiara poi applicabili le *direttive sul trattamento e l'assistenza a pazienti affetti da danni cerebrali gravissimi e permanenti* (nel 2003 e 2004 tali direttive sono state riviste e scisse in due direttive distinte; in merito si vedano le note 3, 4 e 11).

Secondo una stima delle autorità zurighesi, un suicidio assistito ingenera spese (giustizia e medicina legale) oscillanti tra 3000 e 5000 franchi⁹¹. Prendendo per corretta la cifra di 3000 franchi, ne consegue che nel 2003 i soli suicidi di persone residenti all'estero avrebbero causato al Cantone di Zurigo spese pari a 273000 franchi. Per risolvere questo problema occorrerebbe vietare il turismo del suicidio o, come già prevedono talune normative cantonali⁹², addossare ai congiunti del suicida le spese da questi ingenerate.

6.2.3 Il problema delle strutture per suicidi

La presenza di strutture per i suicidi (case, appartamenti) costituisce un fattore di disturbo per il vicinato a causa delle immissioni di natura immateriale o di altra natura che provoca, e ciò a maggior ragione se il numero dei suicidi assistiti aumenta in particolare a causa del turismo del suicidio. I Comuni e i Cantoni in cui sono site tali strutture temono inoltre per la loro reputazione.

Se tali immissioni divengono eccessive (anche per la loro frequenza), i vicini interessati possono opporvisi facendo capo agli strumenti loro offerti dal Codice civile (CC; RS 210) agli articoli 679 e 684 CC; il giudice dispone nondimeno di un ampio potere discrezionale. È inoltre ipotizzabile che le autorità cantonali interessate, appellandosi alle norme edilizie e di pianificazione del territorio, esigano che tali strutture vengano utilizzate in conformità alla zona di destinazione⁹³.

6.2.4 La reputazione della Svizzera

L'opinione pubblica svizzera reagisce con visibile irritazione al *turismo del suicidio*. È infastidita dal fatto che esso si traduca in una morte rapida al di fuori del contesto familiare e sociale. Quando poi si leva la protesta dei concittadini e dei familiari dei «turisti del suicidio» – con articoli giornalistici, attraverso i canali diplomatici o mediante rogatorie – la Svizzera deve confrontarsi con una pressione internazionale che potrebbe mettere in pericolo o addirittura danneggiare la reputazione del Paese.

L'irritazione e le pressioni non derivano comunque dal fatto che la Svizzera abbia un atteggiamento liberale in materia di suicidio assistito anche nei confronti di persone residenti all'estero. Considerato che tali suicidi si compiono rapidamente e al di fuori del contesto sociofamiliare, ciò che disturba è piuttosto la sensazione che le autorità locali dedichino minore attenzione ai turisti del suicidio ed esercitino su tali casi un controllo più blando di quanto non facciano con i casi svizzeri. La Svizzera dovrebbe pertanto garantire sul piano internazionale che le persone non domiciliate in Svizzera

⁹¹ Si vedano le cifre (tra 2'000 e 3'000 euro per ciascun caso) fornite da Andreas Brunner, Procuratore generale zurighese, in House of Lords (nota 75), Volume II, pag. 631.

⁹² In merito si veda il *Dekret betreffend das Begräbniswesen* del Canton Berna, del 25 novembre 1876 (BSG 556.1). Secondo l'articolo 20 capoverso 1 di tale decreto, le spese di istruzione e di sepoltura derivanti da decessi non dovuti a cause naturali possono essere addossate alla successione del defunto; ma attualmente tale disposizione non viene pressoché mai applicata (in merito si veda Thomas Maurer, *Das bernische Strafverfahren*, 2a ed., Berna 2003, pag. 236 seg.). Nel Cantone di San Gallo, una norma analoga è prevista dalla *Vollzugsverordnung über die Friedhöfe und die Bestattungen* del 3 gennaio 1967. Giusta l'articolo 12 di tale ordinanza, le spese d'istruzione derivanti da decessi non dovuti a cause naturali sono addossate alla successione del defunto, sempre che non sia stata aperta un'istruzione.

⁹³ Il Tribunale federale svizzero ha ammesso le immissioni di natura immateriale in particolare riferendosi ai locali a luci rosse; si vedano le sentenze 1P.771 e 1P.773/2001 del 5 maggio 2003, consid. 9.2, concernenti la Città di Zurigo. I tratti distintivi di tali immissioni (urtare il sentimento morale, destare impressioni sgradevoli, compromettere la tranquillità e la piacevolezza dell'abitazione, rendere difficile la locazione degli appartamenti situati nei pressi) si attagliano peraltro anche all'impatto del turismo del suicidio.

beneficino della stessa protezione accordata alle persone domiciliate nel nostro Paese.

Taluni affermano addirittura che la Svizzera *faccia commercio della vita e della morte* di persone residenti all'estero. Qualora si arricchissero con la loro attività, i rappresentanti delle organizzazioni di aiuto al suicidio sarebbero tuttavia perseguibili secondo l'articolo 115 CP, in quanto sarebbe realizzata la condizione dei motivi egoistici. Gli elementi raccolti sinora non permettono tuttavia di concludere che tali organizzazioni prestino aiuto (a svizzeri o a stranieri) a fini di lucro⁹⁴.

Nel suo parere «Assistenza al suicidio», la CNE sostiene a tale riguardo che non vi sono ragioni etiche per precludere alle persone provenienti dall'estero la possibilità di farsi assistere nel suicidio in Svizzera, se tale possibilità è offerta alle persone domiciliate in Svizzera. Occorre nondimeno che chi presta assistenza al suicida abbia una profonda conoscenza dell'interessato (quale che ne sia la provenienza), della sua situazione e della persistenza del desiderio di morire, e che i relativi obblighi di diligenza vengano rispettati (si veda il n. 3.2.2).

6.2.5 Riassunto

In sintesi, l'attuale dibattito sul suicidio assistito e il turismo del suicidio in Svizzera verte su tre temi.

- *L'approccio giuridico*: la protezione della vita umana è da ritenersi compromessa se, nel prestare assistenza ai suicidi (in particolare quelli provenienti dall'estero), le organizzazioni di aiuto al suicidio e le altre persone coinvolte commettono abusi che, a causa della carenza di risorse e della situazione probatoria, non vengono alla luce e restano pertanto privi di sanzioni penali o disciplinari.
- *Le implicazioni sociali*: taluni sostengono che il turismo del suicidio (sia esso legale o illegale) mette in pericolo la reputazione della Svizzera e che, a causa dell'elevato numero di casi, le strutture per i suicidi (case o appartamenti) rappresentano un elemento di disturbo. Si teme inoltre che taluni possano fare commercio della vita (o della morte) di persone domiciliate all'estero.
- *Le conseguenze finanziarie*: l'aumento del numero di suicidi assistiti e, in particolare, la crescita del turismo del suicidio comportano per i Cantoni e i Comuni interessati un notevole onere di lavoro supplementare, gravando di conseguenza sulle loro finanze.

⁹⁴ A suo dire, DIGNITAS non persegue un fine commerciale. I membri pagano una tassa d'iscrizione una tantum di 100 franchi e, in seguito, un contributo annuo di 50 franchi almeno (sta al membro decidere quale importo intende versare). Le entrate servono a coprire le spese (a tal proposito si vedano le informazioni pubblicate sul sito Internet di DIGNITAS a questo indirizzo: <http://www.dignitas.ch/we/seite02.htm> e nell'opuscolo di DIGNITAS, 2° ed. 2005, all'indirizzo: http://www.dignitas.ch/we/WeitereTexte/Prospekt%20de_2005.pdf). Taluni affermano che i versamenti operati a favore di Dignitas raggiungerebbero importi considerevoli; si veda Facts (nota 30), pag. 22. L'opuscolo di DIGNITAS sottolinea espressamente che i membri possono, oltre alla quota minima, versare un importo a piacere (senza che si preveda un tetto massimo) e ricordarsi di DIGNITAS nel proprio testamento (previo colloquio coi responsabili di DIGNITAS).

6.3 Margine di manovra dei Cantoni

Per quanto attiene ai rischi di abuso summenzionati (cfr. n. 6.2.1 *supra*), si tratta esclusivamente di possibili violazioni delle esistenti prescrizioni di diritto penale e di altre disposizioni (cfr. n. 6.1.4 *supra*). La problematica legata agli abusi nel delicato settore dell'assistenza al suicidio e della tutela della vita umana non è quindi riconducibile in prima linea all'assenza di disposizioni legali. È attribuibile piuttosto a un aumento del fabbisogno di risorse e alla volontà politica delle autorità competenti di prevenire i pericoli e punire le eventuali violazioni.

Il perseguimento penale e la vigilanza sul personale medico coinvolto ai sensi del diritto in materia di stupefacenti e del diritto sanitario rientrano nell'ambito di competenza dei Cantoni. Questi ultimi sono altresì tenuti a mettere a disposizione i mezzi finanziari necessari. I Cantoni e i Comuni dispongono inoltre della possibilità di emanare, se lo reputano necessario, norme applicabili ai settori ospedaliero, delle case di cura e degli istituti sociosanitari, nonché agli ambiti delle spese per le procedure penali e d'inchiesta e delle spese di sepoltura.

Innanzitutto si può quindi affermare che i Cantoni e i Comuni, applicando ed eseguendo coerentemente il diritto in vigore, nonché, eventualmente, emanando disposizioni nel loro ambito di competenza, possono ampiamente evitare gli abusi e le conseguenze indesiderate dell'assistenza al suicidio e del turismo del suicidio.

6.4 Provvedimenti legislativi federali

I problemi illustrati rappresentano le conseguenze o gli effetti secondari dell'assistenza al suicidio. Al fine di risolvere tali problemi, si presentano due opzioni di scelta a livello federale: o si rimuovono le cause dei problemi o se ne arginano soltanto le conseguenze indesiderate.

I seguenti provvedimenti dovrebbero permettere una rimozione delle cause:

- divieto generale di aiuto al suicidio nell'articolo 115 CP;
- divieto generale di associazioni di aiuto al suicidio;
- divieto per le associazioni di aiuto al suicidio di prestare aiuto al suicidio alle persone domiciliate all'estero;
- divieto d'entrata per i turisti del suicidio (impraticabile a priori).

I seguenti provvedimenti permettono di arginare le conseguenze indesiderate:

- emanazione di una legge sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio;
- integrazione della legislazione sugli stupefacenti;
- istituzione di una curatela nell'ambito del suicidio.

6.4.1 Revisione dell'articolo 115 CP

Se la causa degli abusi e, in particolare, del turismo del suicidio fosse riconducibile alla legislazione liberale o permissiva della Svizzera, si potrebbe essere tentati di rimuovere tale causa, ovvero d'inasprire l'articolo 115 CP. A tal riguardo, si profilano diverse varianti:

- *abolire l'attenuante costituita dall'assenza di motivi egoistici.* Il divieto generale dell'assistenza al suicidio (senza l'esigenza di un movente egoistico) permetterebbe sicuramente di porre fine al turismo del suicidio. Per contro, una soluzione così restrittiva implicherebbe l'abbandono della concezione liberale e non raccoglierebbe il consenso politico;
- *limitare l'articolo 115 CP a coloro che prestano assistenza al suicidio senza essere membri di un'associazione di aiuto al suicidio.* La variante secondo cui l'articolo 115 CP non va applicato ai membri di un'associazione di aiuto al suicidio o che prevede un disciplinamento speciale per questi ultimi sarebbe eventualmente ipotizzabile nel seguente caso: è punibile la persona che presta assistenza al suicidio non per motivi egoistici, ma per professione o ripetutamente. Con questa variante l'assistenza al suicidio autorizzata sarebbe di fatto riservata ai congiunti. Visto che, in molti casi, tuttavia, i congiunti non vogliono o non possono assumersi questa responsabilità o che il suicida non vuole addossare ai familiari una simile responsabilità, tale provvedimento equivarrebbe di fatto a un divieto dell'assistenza al suicidio;
- *limitazione dell'articolo 115 CP alle persone domiciliate in Svizzera:* per risolvere il problema legato al turismo del suicidio, si potrebbe pensare di precludere alle persone provenienti dall'estero la possibilità di farsi assistere nel suicidio in Svizzera. Ma a livello internazionale tale soluzione - oltre a comportare un'eventuale pregiudizio alla reputazione della Svizzera, visto l'attuale quadro normativo e l'attuale realtà delle cose - non sarebbe praticabile, perché violerebbe il principio della parità di trattamento nei confronti delle persone residenti all'estero. Tale provvedimento presenta inoltre un ulteriore inconveniente, perché si concentra soltanto sul fenomeno del turismo del suicidio e non considera i rischi di abuso nell'ambito dell'assistenza al suicidio. Alla fine, ci si può chiedere se un tale provvedimento possa contribuire a risolvere anche soltanto i problemi legati al turismo del suicidio.

Una modifica dell'articolo 115 CP nel senso di un *divieto* dell'assistenza al suicidio o perlomeno delle associazioni di aiuto al suicidio, oppure del turismo del suicidio rappresenterebbe un provvedimento drastico e non sarebbe applicabile a livello politico-giuridico⁹⁵. Visto tuttavia che gli abusi non sono riconducibili in prima linea all'assenza di norme, bensì a un'applicazione troppo poco coerente delle norme in vigore, questo provvedimento, in rapporto ad altre possibilità, si rivela sproporzionato nel suo complesso.

6.4.2 Legge sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio

Sarebbe ipotizzabile creare una legge che preveda una vigilanza statale sulle associazioni di aiuto al suicidio e che le obblighi, quindi, a rispettare criteri di diligenza come richiesto dalla CNE nel suo parere⁹⁶. Una simile legge potrebbe contemplare l'obbligo di autorizzazione per le associazioni di aiuto al suicidio. Per impedire che tale norma possa essere aggirata, occorrerebbe assoggettarvi anche le singole persone, le quali prestano assistenza al suicidio in singoli casi che esulano dal contesto familiare.

⁹⁵ Anche la CNE, nel suo rapporto "Assistenza al suicidio" (nota 20) non ha voluto mettere in discussione il disciplinamento liberale previsto dall'articolo 115 CP in materia di aiuto al suicidio (raccomandazioni 3 e 5).

⁹⁶ Cfr. nota 20 e n. 3.2.2.

L'autorizzazione verrebbe rilasciata unicamente ad associazioni e a persone che prestano assistenza al suicidio che s'impegnano a soddisfare le condizioni previste dalla legge e a rispettare la procedura prevista prima, durante e dopo un suicidio assistito. In questo contesto si tratterebbe soprattutto di una prova di diligenza in vista dell'assistenza al suicidio, il che corrisponderebbe in larga misura al rispetto degli obblighi di verifica e di documentazione; sarebbero inoltre previsti una limitazione al personale medico, una definizione della formazione necessaria per le persone che prestano assistenza al suicidio, un obbligo di comunicazione nell'ambito dei suicidi assistiti pianificati e la verifica preliminare della legittimità dei suicidi assistiti da parte delle autorità, nonché la possibilità da parte delle autorità di prendere visione in ogni tempo della documentazione finanziaria delle persone che prestano assistenza al suicidio.⁹⁷

A titolo di esempio, seguono alcune disposizioni che potrebbero essere previste da una simile legge sulla sorveglianza:

Legge federale sull'ammissione e sulla sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio e delle persone che prestano assistenza al suicidio (abbozzo a titolo di esempio)

In base agli articoli 118 capoverso 2 lettera a, 122 capoverso 1 e 123 capoverso 1 Cost.

Art. 1 Obbligo d'autorizzazione

Le associazioni e le persone che prestano assistenza al suicidio a persone che vogliono morire necessitano dell'autorizzazione di un'autorità competente secondo il diritto cantonale.

Art. 2 Prova di diligenza

¹ *Alla domanda di autorizzazione va allegata una concezione. Essa deve indicare come l'associazione o la singola persona interessata intende garantire che in ogni singolo caso venga verificata l'effettiva portata del desiderio di morte del suicida.*

² *La concezione deve indicare come s'intende tenere conto dei seguenti punti nel singolo caso:*

- a. alla persona con intento suicida vanno messe a disposizione tutte le possibili alternative ai fini della tutela della vita;*
- b. l'attività dell'organizzazione o della singola persona non si può fondare unilateralmente sul desiderio di morire della persona con intento suicida;*
- c. il suicidio pianificato deve corrispondere alla libera volontà della persona con intento suicida;*
- d. questa decisione non deve essere frutto di pressioni sociali;*
- e. la persona con intento suicida deve poter agire in totale autonomia e piena coscienza del significato e della portata del suo atto;*
- f. i certificati e gli attestati medici necessari devono essere redatti in una lingua ufficiale;*
- g. il suicidio assistito deve essere eseguito in un luogo adatto a tal fine;*
- h. l'associazione di aiuto al suicidio e la singola persona interessata non devono prestare l'assistenza al suicidio per conseguire vantaggi personali;*

⁹⁷ Il disegno di legge sulla prevenzione del suicidio di Frank Th. Petermann va in una direzione analoga. Esso non contempla una verifica preliminare da parte delle autorità della documentazione finanziaria delle associazioni di aiuto al suicidio, ma prevede un obbligo di comunicazione successivo e, in caso di morte non dovuta a cause naturali, l'addossamento delle spese procedurali all'eredità della persona deceduta. Il disegno, che fa parte del rapporto di Petermann intitolato come il disegno, è leggibile in tedesco nella PJA 9/2004, pag. 1111 segg., 1129 segg.

i. ecc.

Art. 3 *Obbligo di comunicazione*

L'associazione di aiuto al suicidio o la singola persona comunica all'autorità cantonale tutti i suicidi pianificati con almeno tre giorni d'anticipo. Devono essere presentati i necessari certificati e attestati medici.

Art. 4 *Verifica preliminare*

¹*L'autorità cantonale verifica senza indugio la legittimità di ciascun caso comunicato prima dell'esecuzione del suicidio.*

²*In caso di dubbio, l'autorità può interdire il suicidio assistito pianificato e ordinare ulteriori accertamenti prima dell'esecuzione.*

Art. 5 *Pubblicazione della documentazione finanziaria*

L'associazione di aiuto al suicidio o la singola persona deve permettere in ogni tempo all'autorità cantonale competente di prendere visione della sua documentazione finanziaria.

Art. 6 *Infrazioni*

In caso di infrazioni a queste disposizioni è possibile addossare all'associazione di aiuto al suicidio o alla singola persona tutte o parte delle spese procedurali supplementari derivanti dall'analisi della morte non dovuta a cause naturali, indipendentemente da una responsabilità penale.

Art. 7 *Revoca dell'autorizzazione*

Qualora le condizioni non siano più adempite, l'autorità cantonale ha facoltà di revocare in ogni tempo l'autorizzazione di eseguire i suicidi assistiti.

Una simile concezione di vigilanza potrebbe fornire una sorta di garanzia di qualità delle associazioni di aiuto al suicidio e delle persone che prestano assistenza al suicidio. Sarebbe inoltre sicuramente più facile di quanto non lo sia oggi garantire che i suicidi assistiti siano effettivamente dei suicidi, ovvero che non vengono accompagnate alla morte le persone che non possono suicidarsi poiché incapaci di discernimento.

La Costituzione federale non prevede una base esplicita per l'emanazione di una simile legge a livello federale (ad es. legge federale concernente la sorveglianza delle associazioni di aiuto al suicidio e delle persone che prestano assistenza al suicidio). Dopo una prima valutazione e a seconda del contenuto della normativa, non sarebbe tuttavia esclusa a priori la possibilità di fondare una simile legge sulla sorveglianza su più competenze della Confederazione⁹⁸.

⁹⁸ Se si parte dal presupposto che il rapporto tra l'associazione di aiuto al suicidio e la persona che vuole porre fine alla sua vita è un rapporto di mandato ai sensi dell'articolo 394 segg. CO e quindi un rapporto fra privati cui la vigilanza impone determinate restrizioni, occorrerebbe innanzitutto tenere conto della competenza in materia di diritto civile della Confederazione giusta l'articolo 122 capoverso 1 Cost. Numerose normative dell'ordinamento giuridico svizzero, le quali disciplinano più da vicino i rapporti di diritto privato o che li assoggettano a determinate restrizioni, si fondano già sulla competenza in materia di diritto civile della Confederazione – ad esempio l'obbligo di autorizzazione dell'esercizio a titolo professionale di mediazione matrimoniale o di ricerca di partner di cui all'articolo 406 CO, ma anche la legge federale del 16 dicembre 1983 sull'acquisto di fondi da parte di persone all'estero (SR 211.412.41) o il decreto federale dell'8 ottobre 1989 concernente un divieto temporaneo di alienazione di fondi non agricoli (RU 1989 II 1974). Secondo la prassi dell'Ufficio federale di giustizia (GAAC 46.20 e 63.83) le norme giuridiche possono fondarsi sulla competenza in materia di diritto civile in particolare se descrivono le condizioni del quadro giuridico di autonomia privata, se tradizionalmente sono in relazione alla codificazione del diritto privato e se perseguono obiettivi di diritto tipicamente privato. Possono essere considerate norme di diritto civile, quelle che mirano ad attenuare le disparità strutturali tra le parti contrattuali (tutela della parte più debole). Secondo questa interpretazione, i settori estranei agli obiettivi di diritto civile necessitano di una base costituzionale particolare. Se la nozione di *protezione del consumatore* viene interpretata in senso lato, a dipendenza del contenuto normativo della legge, non sarebbe eventualmente nemmeno del tutto escluso che ci si possa basare, in aggiunta, sull'articolo 97 capoverso 1 Cost.

Da una legge sulla sorveglianza ci si dovrebbe poter attendere che risolva almeno un'importante parte dei problemi derivanti dall'assistenza al suicidio organizzata. Un simile risultato è tuttavia difficilmente prevedibile. Certo è che tale legge comporterebbe una burocratizzazione dell'assistenza al suicidio⁹⁹. Si pone inoltre la domanda politica se sia opportuno creare una legge e una vigilanza speciali per le associazioni di aiuto al suicidio e per le persone che prestano assistenza al suicidio, poiché in tal modo godrebbero di una pubblicità particolare (anche a livello internazionale) delle loro attività, le quali sarebbero pure legittimate dallo Stato (persone che prestano assistenza al suicidio qualificate dallo Stato?).

Su questo sfondo appare più che mai dubbio che una simile legge possa rappresentare un mezzo adatto per risolvere proprio i problemi legati al turismo della morte. Anzi, forse tale legge trasformerebbe la Svizzera in un polo d'attrazione ancora più forte per i turisti della morte. Occorre inoltre chiedersi se la trasparenza delle finanze delle organizzazioni di aiuto al suicidio (perseguita dalla legge sulla sorveglianza) non potrebbe essere conseguita con strumenti di cui già attualmente si dispone (p. es., le associazioni che esercitano uno stabilimento di indole commerciale sono tenute a farsi iscrivere nel registro di commercio e devono quindi tenere la contabilità; cfr. art. 61 cpv. 2 CC e 957 CO). Oltre a ciò non si può escludere che, in un certo senso, una legge sulla sorveglianza finirebbe per diventare una legge *ad personam* (Minelli) e quindi verrebbe concepita per un unico Cantone (Zurigo). Tutto sommato una simile legge federale e la sua applicazione sembrano rappresentare un provvedimento sproporzionato per risolvere i problemi legati a singole associazioni di aiuto al suicidio e alle persone che prestano assistenza al suicidio.

6.4.3 Integrazione della legislazione sugli stupefacenti

Nella maggior parte dei casi di suicidio assistito prestati dalle associazioni di aiuto al suicidio, il pentobarbitale sodico rappresenta la sostanza letale somministrata. Sarebbe quindi ipotizzabile integrare la legislazione sugli stupefacenti con una disposizione che vincoli la prescrizione di questa sostanza e di altre sostanze adatte allo stesso scopo a più condizioni rispetto a quelle previste attualmente dall'articolo 43 dell'ordinanza sugli stupefacenti concernente la prescrizione di stupefacenti. Tali condizioni supplementari potrebbero, ad esempio, consistere nell'obbligare il medico che prescrive gli stupefacenti a verificare il caso in modo approfondito¹⁰⁰ ed eventualmente nel consultare altre persone del settore per giungere a una verifica accurata del caso, come descritto qui di seguito (cfr. n. 6.4.4) riguardo all'istituzione di una curatela nell'ambito del suicidio. Una tale normativa permetterebbe in ogni caso di controllare meglio i suicidi assistiti per i quali vengono impiegate sostanze stupefacenti ai sensi della legislazione sugli stupefacenti. Sarebbe pure ipotizzabile limitare la prescrizione di pentobarbitale sodico esplicitamente a malati terminali (eventualmente anche ai pazienti che non soffrono di turbe psichiche)¹⁰¹. Infine, si potrebbe

⁹⁹ Cfr. Arzt (nota 60), pag. 591 seg. Secondo Arzt anche questa burocratizzazione graverà notevolmente sulle persone coinvolte e non offrirà un concreto contributo alla tutela della vita.

¹⁰⁰ A domanda delle autorità inquirenti, i medici zurighesi si sono accordati su tale verifica approfondita. Si veda la nota 84, così come il testo ad essa associato.

¹⁰¹ Secondo le Direttive dell'ASSM "Assistenza ai pazienti in fin di vita" (nota 3), il medico è autorizzato a prestare assistenza al suicidio soltanto se la malattia lascia presumere che il paziente sia in fin di vita (cfr. n. 3.2.1 e 6.1.4 *supra*). Le autorità di vigilanza sembrano invece tollerare (a seconda del Cantone) una relativamente ampia libertà d'apprezzamento dei medici. Tuttavia, l'indicazione medica viene dedotta in larga misura dal grado di sofferenza della persona che vuole morire e dal desiderio di morte che egli ha formulato in modo autonomo e serio. A tal riguardo si veda Rippe/Schwarzenegger/Bosshard/ Kiesewetter (nota 78), pag. 90. Gli autori (*ibid.*)

estendere il disciplinamento speciale delle condizioni di prescrizione di questo stupefacente anche all'acquisizione, alla fornitura e all'uso dello stupefacente. Il diritto in vigore prevede che il pentobarbitale sodico venga fornito (dal farmacista) su ricetta a una determinata persona, ma non prevede un controllo dell'impiego dello stupefacente – che, in ogni caso, non spetta al medico che prescrive lo stupefacente. Vi è quindi il rischio che il pentobarbitale sodico non impiegato finisca nelle mani sbagliate¹⁰².

L'articolo 118 capoverso 2 lettera a Cost. fornirebbe la base costituzionale necessaria per modificare il diritto in materia di stupefacenti. Nascerebbe in tal modo una sorta di sorveglianza speciale sull'assistenza ai suicidi commessi mediante somministrazione di stupefacenti. Per contro, nel quadro del diritto in materia di stupefacenti, non sarebbe possibile garantire una sorveglianza esaustiva dell'attività delle associazioni di aiuto al suicidio che vada oltre la fornitura e l'utilizzo di pentobarbitale sodico.

6.4.4 Istituzione di una curatela nell'ambito del suicidio

Un'altra possibilità di vigilare sull'operato delle associazioni di aiuto al suicidio consisterebbe nell'istituzione di una curatela che potrebbe essere introdotta nel diritto tuttorio ancora in vigore, oppure, visto che attualmente quest'ultimo è sottoposto a una revisione totale, nelle future disposizioni del CC sulla protezione degli adulti¹⁰³. Secondo questa concezione, l'associazione di aiuto al suicidio deve comunicare all'autorità tutoria o all'autorità di protezione degli adulti il suicidio assistito che intende prestare. In seguito, tale autorità dovrebbe assegnare d'ufficio un curatore alla persona che vuole morire. Quest'ultimo avrebbe il compito di verificare, in ogni singolo caso e nell'interesse della persona intenda a suicidarsi, l'effettiva portata del suo desiderio di morire. In particolare dovrebbe vegliare a che:

- alla persona con intento suicida siano messe a disposizione tutte le possibilità ai fini della tutela della vita;

sostengono tale punto di vista, distanziandosi dall'opinione di Minelli, secondo cui i diritti dell'uomo garantirebbero il diritto alla somministrazione del pentobarbitale sodico. Si distanziano pure da una decisione del Dipartimento delle finanze e degli affari sociali del Cantone di Turgovia, secondo cui un medico può prescrivere il pentobarbitale, visto che l'indicazione medica non comprende la voce "suicidio". Inoltre dichiarano che non si possa escludere in modo generale che i pazienti affetti da turbe psichiche siano incapaci di discernere nell'ambito del loro stesso desiderio di morire. In simili casi invece sarebbe indispensabile richiedere una perizia psichiatrica, al fine di tutelare il medico che prescrive lo stupefacente da conseguenze di diritto penale, civile e sanitario (ibid. pag. 91). DIGNITAS offre il suicidio assistito con il pentobarbitale sodico in presenza di diagnosi che non lasciano speranza, malattie incurabili, dolori insopportabili o handicap intollerabili (a tal riguardo si veda la rubrica (in tedesco) "Legale Freitodhilfe mit DIGNITAS" sul sito della Dignitas al seguente indirizzo: <http://www.dignitas.ch/we/seite05.htm>). Secondo l'opuscolo, (nota 94) il pentobarbitale viene addirittura fornito gratuitamente. Nella relazione annuale 2005 di EXIT Deutsche Schweiz, Werner Kriesi constata che nel 2005 hanno richiesto assistenza 25 persone anziane che, pur non affette da malattie letali, erano afflitte e tormentate dagli acciacchi e dai malanni che colpiscono la terza età. Spesso tale richiesta ha scatenato le proteste e l'opposizione dei parenti, benché (dice la relazione) in questi casi l'assistenza al suicidio rispetti in tutto e per tutto il quadro legale. Nello stesso contesto si precisa poi che nel 15% dei casi il farmaco letale viene somministrato per via endovenosa (si veda la nota 72). Petermann sostiene che, dal profilo giuridico, le summenzionate direttive dell'ASSM risultino problematiche sotto diversi aspetti in quanto limiterebbero in modo inammissibile l'art. 115 CP e poiché vi sono dubbi riguardo alla loro costituzionalità e alla loro conformità con il diritto internazionale. In merito si veda Petermann, Zur Problematik der Rezeptierung von Natrium-Pentobarbital, exit info 1/2006, pag. 4 segg.

¹⁰² Anche Petermann tiene conto di questo rischio. Propone di prescrivere il farmaco letale *all'attenzione dell'associazione di aiuto al suicidio*. A suo dire, la farmacia cantonale potrebbe fornire lo stupefacente direttamente all'associazione. Si veda Petermann (nota 97), pag. 1135.

¹⁰³ Cfr. nota 7.

- il suicidio pianificato corrisponda alla libera volontà della persona che vuole morire;
- la decisione sia stata maturata senza pressioni esterne;
- la persona con intento suicida agisca in totale autonomia e abbia piena coscienza del significato e della portata del suo atto;
- siano presenti i necessari certificati e attestati medici;
- il suicidio assistito venga effettuato in un luogo adatto a tal fine;
- le associazioni di aiuto al suicidio prestino l'assistenza al suicidio senza perseguire vantaggi personali.

Per accertare che le associazioni di aiuto al suicidio non prestino l'assistenza al suicidio per vantaggi personali, occorrerebbe creare una legge che permetta al curatore o all'autorità tutoria di prendere visione della documentazione finanziaria dell'associazione di aiuto al suicidio. Oppure si potrebbe chiedere alla persona che desidera morire quanto ha pagato, se ha fatto delle donazioni all'associazione interessata, ecc. Dopo aver verificato il caso, il curatore dovrebbe indirizzarsi all'autorità tutoria per proporre l'autorizzazione o il rifiuto del suicidio assistito. In seguito l'autorità tutoria deciderebbe nel merito. Occorrerebbe riflettere se tale concezione vada applicata a tutti i suicidi assistiti o soltanto a quelli effettuati dalle associazioni di aiuto al suicidio.

Giusta l'articolo 122 capoverso 1 Cost., la Confederazione ha la competenza di legiferare in tale ambito. A seconda dei compiti del curatore, occorrerebbe eventualmente rifarsi anche in questa sede a ulteriori disposizioni che fondano la competenza (cfr. n. 6.4.2).

Si pone quindi la domanda se la Svizzera possa istituire o ammettere una curatela anche per le persone domiciliate all'estero. Nell'ambito del turismo del suicidio emergerebbero problemi particolari legati alla competenza delle autorità svizzere. Per questo motivo la legge dovrebbe disciplinare esplicitamente il campo d'applicazione personale.

È tuttavia quantomeno dubbio che l'istituzione di una curatela nell'ambito del suicidio possa contribuire a risolvere i problemi emersi nel contesto dei suicidi assistiti. Oltre alle difficoltà summenzionate relative alla determinazione e all'applicazione del campo d'applicazione, tale provvedimento potrebbe comportare un ulteriore svantaggio, ovvero la burocratizzazione della procedura e, anche qui, la conseguente legittimazione statale dell'attività delle associazioni di aiuto al suicidio. Viste le possibilità d'intervento in altri campi anche questa misura risulta essere sproporzionata.

6.5 Bilancio

6.5.1 Fatti

In Svizzera muoiono ogni anno per suicidio circa 1 400 persone, ciò che corrisponde al 2,22 per cento di tutti i decessi. In 272 casi (quasi il 20 %) il suicidio è stato effettuato da un'associazione di aiuto al suicidio. A livello nazionale, il fenomeno del turismo del suicidio fa registrare meno di 100 casi l'anno, ciò che corrisponde allo 0,14 per cento di tutti i decessi e a un massimo pari al 7 per cento di tutti i suicidi in Sviz-

zera¹⁰⁴. La ricerca sul suicidio, che mira a individuare le cause del tasso di suicidio in Svizzera costantemente elevato rispetto agli Stati europei limitrofi, sta ancora muovendo i primi passi.

6.5.2 Problemi e proposte di soluzione

- La tutela della vita viene seriamente minacciata se le associazioni di aiuto al suicidio e le persone coinvolte nell'assistenza al suicidio commettono *abusi* che non vengono scoperti e che quindi restano privi di sanzioni penali o disciplinari;
- la complessità dei casi e la difficoltà nella produzione di prove comportano un *aumento dell'onere in termini di lavoro per le autorità inquirenti e di vigilanza* che si occupano della verifica di ogni morte non dovuta a cause naturali annunciata e che devono perseguire e sanzionare gli eventuali abusi;
- sarebbe possibile arginare questo onere suppletivo riducendo i casi di suicidio assistito e i turisti della morte. A tal fine possono contribuire in prima linea la *verifica coerente dei casi in vista di eventuali violazioni del diritto e la vigilanza rafforzata delle associazioni di aiuto al suicidio da parte delle autorità amministrative competenti*. Tali misure, come pure l'emanazione delle *disposizioni necessarie nei settori ospedaliero, delle case di cura e degli istituti sociosanitari* rientrano nella competenza dei Cantoni e dei Comuni;
- *l'onere finanziario* degli enti pubblici interessati derivanti dalle spese aggiuntive è riconducibile direttamente al carico di lavoro legato alla prevenzione di abusi e non va considerato in via separata. Tale problema è inoltre di secondaria importanza e potrebbe essere eliminato anche mediante norme cantonali (ad es. mediante la possibilità di gravare l'eredità del suicida conformemente alle prescrizioni cantonali);
- occorre prendere sul serio il *pregiudizio alla buona reputazione della Svizzera* dovuto al turismo del suicidio e, in particolare, i timori espressi in questo ambito a riguardo degli eventuali abusi. La soluzione del problema spetta ai rispettivi responsabili politici. Essi hanno il compito di definire la loro politica in materia di lotta contro la criminalità e la loro politica sanitaria, così come di provvedere a che le leggi (cantonali e federali) vengano applicate ed eseguite;
- è possibile attenuare i problemi legati al *disturbo dei vicini* degli appartamenti in cui viene praticato il suicidio e ad altre immissioni con gli strumenti giuridici offerti dal diritto pubblico e dalle norme che regolano i rapporti di vicinato.

6.5.3 Necessità di intervenire sul piano legislativo a livello federale

- In seguito a quanto illustrato, la proposta di rivedere l'articolo 115 CP per rendere punibile di principio l'assistenza al suicidio, sembra essere sproporzionata e va pertanto respinta;
- altresì sproporzionata, inadeguata e inopportuna sembra essere la proposta di arginare i rischi di abuso nell'ambito di un suicidio assistito mediante misure legislative a livello federale – in particolare inasprendo l'articolo 115 CP o emanando

¹⁰⁴ Cfr. n. 6.1.1.

una legge federale speciale concernente l'autorizzazione e la vigilanza sulle associazioni di aiuto al suicidio. Una simile legge comporterebbe una forte burocratizzazione se non addirittura un'istituzionalizzazione indesiderata e una certificazione statale dell'attività delle associazioni di aiuto al suicidio;

- la revisione del diritto in materia di stupefacenti appare per contro degna di essere presa in considerazione per affrontare direttamente la realtà attuale dei casi di suicidio, indipendentemente dal fatto che il suicida risieda in Svizzera o no (cfr. n. 6.4.3);
- a queste condizioni, ulteriori provvedimenti legislativi a livello federale nell'ambito del diritto sanitario o del diritto tutorio sembrano essere altrettanto sproporzionati, e non aiuterebbero a raggiungere gli obiettivi prefissati. Al momento, quindi, non sono necessari.

7. Riassunto dei risultati e ripercussioni per la Confederazione

Il rapporto vaglia in primo luogo la necessità di un intervento legislativo sul piano federale in materia di eutanasia attiva indiretta, di eutanasia passiva, di aiuto al suicidio e del cosiddetto «turismo del suicidio», e valuta possibili provvedimenti atti a incentivare la medicina palliativa.

Riassumendo, emergono le seguenti conclusioni:

7.1 Eutanasia attiva indiretta ed eutanasia passiva

- *Il legislatore federale non deve intervenire* nell'ambito dell'eutanasia attiva indiretta e in quello dell'eutanasia passiva.
- In Svizzera il divieto di uccidere è applicabile senza limitazioni. L'eutanasia attiva diretta è quindi proibita. A determinate condizioni, per contro, l'eutanasia attiva indiretta e quella passiva sono autorizzate.
- L'incertezza giuridica lamentata non è dovuta alla distinzione giuridica tra assistenza al suicidio autorizzata e omicidio, bensì all'impossibilità pratica di disciplinare mediante normativa o ricostruire in un secondo tempo le cause della morte o l'evento concreto verificatosi presso il letto di morte. L'attenzione va focalizzata piuttosto sui fattori che autorizzano il suicidio assistito nel *singolo caso*, quali le capacità di discernimento e civile della persona interessata, i rapporti di rappresentanza, il diritto del mandato e l'obbligo di dare spiegazioni da parte del medico.
- Disciplinando tali questioni si giungerebbe sicuramente a una maggiore trasparenza. Tuttavia, un nuovo disciplinamento dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva nel Codice penale o in un'altra legge (ad es. il CC o una legge speciale) rischia di essere incompleto. Infatti, se il legislatore vuole garantire un'ampia trasparenza, necessita del disciplinamento più completo possibile, che abbracci tutta la casistica o tutte le categorie di pazienti. Tale normativa dovrebbe essere anche formulata in modo abbastanza flessibile per poter tenere conto di tutti i singoli casi immaginabili e anche di tutti i futuri possibili sviluppi della medicina. Di fatto, tuttavia, il legislatore si scontra con limiti pratici. Inoltre dovrebbe necessariamente occuparsi di questioni molto delicate e anche etiche.

- In questo contesto le norme deontologiche rappresentano un mezzo ideale per disciplinare nel dettaglio una casistica complessa. Nell'ambito dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva, l'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) ha sviluppato direttive e principi particolareggiati. Nella misura in cui tali direttive e principi s'ispirano al diritto in vigore, rappresentano un disciplinamento sufficiente di questa materia.

7.2 Cure palliative

- Nell'ambito delle cure palliative, ovvero le cure dispensate a una persona durante tutto il decorso di una malattia inguaribile e progressiva, negli ultimi anni l'offerta è stata migliorata dal punto di vista qualitativo e quantitativo, in particolare nei Cantoni di Zurigo, Turgovia, Vaud e Berna. Tale offerta ha contribuito a permettere alle persone di vivere con dignità le ultime fasi della propria vita e di morire dignitosamente, rendendo meno desiderabile il suicidio assistito o l'eutanasia. Secondo gli esperti l'offerta esistente deve essere ulteriormente ampliata.
- Spetta ai Cantoni adoperarsi per garantire un'offerta completa di cure palliative e per promuovere l'offerta informativa e la consulenza fornita agli interessati e ai loro familiari.
- *Non sussiste quindi una necessità d'intervento da parte della Confederazione.* Essa può tuttavia, se lo riterrà opportuno, sostenere lo sviluppo delle cure palliative nei settori in cui dispone delle competenze necessarie a tal fine: nella formazione e nel perfezionamento delle professioni mediche universitarie, delle professioni sanitarie in scuole universitarie e non universitarie, nonché nell'ambito del finanziamento delle cure palliative e nella promozione della ricerca.

7.3 Assistenza al suicidio e “turismo del suicidio “

- Giusta l'articolo 115 del Codice penale, in Svizzera *l'aiuto al suicidio* è ammesso quando non è mosso da motivi egoistici. Fino alla metà degli anni Ottanta, tale disciplinamento liberale non ha causato problemi rilevanti nella prassi.
- Negli ultimi due decenni, nel quadro di questo disciplinamento liberale, si sono sviluppate e affermate le associazioni di aiuto al suicidio. Con l'aumento dell'assistenza al suicidio organizzata sono emersi anche i rischi di abuso connessi a tale attività, in particolare in relazione alla capacità di discernimento della persona che desidera morire (soprattutto quando si tratta di persone particolarmente bisognose di protezione come i giovani, i malati psichici, i malati terminali), ai rapporti finanziari e alla dichiarazione di volontà, nonché alla padronanza dell'atto da parte delle persone che vogliono morire.
- Simili abusi possono provocare il superamento della linea di confine che separa il comportamento legale da quello punibile (in particolare nell'ambito dei reati contro la vita e l'integrità della persona di cui agli art. 111 segg., 114 e 115 CP). Per proteggere le persone interessate è necessario applicare misure di prevenzione degli abusi.

- *Ai livelli cantonale e comunale*, gli abusi possono essere evitati applicando coerentemente il diritto in vigore (segnatamente l'art. 111 segg., 114 e 115 CP da parte delle autorità inquirenti e la vigilanza sul personale medico coinvolto in base al diritto sanitario), nonché emanando disposizioni nei settori ospedaliero, delle case di cura e degli istituti sociosanitari.
- *Sul piano federale non vi è necessità d'intervenire a livello legislativo*. Certamente, al fine di controllare l'attività in relazione all'assistenza al suicidio, il legislatore federale potrebbe emanare disposizioni nei settori del diritto tutorio e nel quadro di una legge sulla vigilanza delle associazioni di aiuto al suicidio. Le possibilità vagliate si rivelano tuttavia quasi tutte sproporzionate o inadeguate, perché comportano una burocratizzazione e nella maggior parte dei casi addirittura un'istituzionalizzazione e una certificazione statale di simili attività e organizzazioni.
- Per far fronte alla realtà attuale dei casi di suicidio assistito, andrebbe eventualmente presa in considerazione una revisione del diritto in materia di stupefacenti. Segnatamente nell'ambito dei suicidi assistiti da organizzazioni di aiuto al suicidio è impiegata la sostanza stupefacente pentobarbitale sodico. Allo scopo di evitare abusi si potrebbero eventualmente prevedere in futuro condizioni più restrittive per la prescrizione e la somministrazione del pentobarbitale sodico.
- Una modifica della normativa liberale prevista dall'articolo 115 CP non va per contro considerata. I problemi constatati nell'ambito dell'aiuto al suicidio non hanno nulla a che vedere con la fattispecie dell'articolo 115 CP. Sono di natura pratica e interessano la seguente questione: come si può garantire che non vengano commessi abusi nell'ambito del suicidio assistito?
- Il cosiddetto "*turismo del suicidio*" è una conseguenza del disciplinamento liberale dell'assistenza al suicidio in Svizzera nel raffronto internazionale. Dal punto di vista politico, questo fenomeno compromette la buona reputazione della Svizzera. Nel contempo, con l'aumento dell'assistenza al suicidio a persone che non sono domiciliate in Svizzera, aumentano anche i problemi legati alla prassi in materia di perseguimento penale e alla vigilanza sul personale medico, perché il legame con l'estero rende più difficile la ricostruzione dei fatti.
- È assolutamente necessario prevedere misure atte a impedire gli abusi e quindi a tutelare le persone da danni irreversibili. Non è tuttavia possibile prendere misure diverse da quelle già adottate nell'ambito dell'assistenza al suicidio. Se vengono sfruttate le possibilità d'intervento contro gli abusi nell'ambito del suicidio assistito, sarà anche possibile contrastare in modo adeguato il fenomeno del turismo del suicidio. Non è pertanto data una necessità d'intervento da parte del legislatore federale.

7.4 Ripercussioni per la Confederazione

Allo stato attuale, il presente rapporto non comporta per la Confederazione alcuna ripercussione finanziaria o in materia di personale.