



Ente Ospedaliero Cantonale

Commissione di etica clinica  
dell'EOC (COMEC)

I quaderni della COMEC

# Il suicidio assistito in ambito ospedaliero

Quaderno n.2



Ente Ospedaliero Cantonale

Commissione di etica clinica  
dell'EOC (COMEC)

I quaderni della COMEC

# Il suicidio assistito in ambito ospedaliero

Quaderno n.2

## INDICE

<i>Il suicidio assistito in ambito ospedaliero</i>	5
Dr med. Fabrizio Barazzoni	
<i>Introduzione Suicidio assistito</i>	7
Prof. Dr. med. Claudio Marone	
<i>Le dieci tesi della Commissione nazionale d'etica per la medicina sull'assistenza al suicidio</i>	11
PhD Carlo Foppa	
<i>L'art. 115 CP tra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione</i>	26
Prof. Marco Borghi	
<i>L'eutanasia e il suicidio assistito: approccio etico-teologico</i>	47
Dr. theol., Dr. med. André Marie Jerumanis	
<i>I suicidio assistito in ambito ospedaliero: i dubbi e le certezze dal punto di vista infermieristico</i>	56
Inf. Msc Yvonne Willems-Cavalli	
APPENDICE	
"Assistenza al suicidio" Parere n.9/2005	I

## **Il suicidio assistito in ambito ospedaliero**

*Dr med. Fabrizio Barazzoni, Presidente COMEC*

Come ogni cittadino di uno stato di diritto, anche il personale curante (medico, infermiere, operatore sociale o altro) è sottomes- so alle regole vigenti in seno alla collettività. In particolare il codi- ce penale svizzero stabilisce all'articolo 115 che chiunque aiuti una persona a suicidarsi non sarà punito dalla legge a condizione che il movente del gesto non sia di natura egoistica.

Questa disposizione penale è particolare alla Svizzera nella misu- ra in cui nella maggior parte dei paesi che hanno legiferato su tale oggetto lo hanno fatto pensando ai malati in fase terminale; la disposizione del codice penale svizzero invece non ha, all'origi- ne, alcun legame con la professione sanitaria né con il malato ter- minale propriamente detto.

Il fatto di non punire penalmente un gesto però non risolve asso- lutamente il dilemma morale in cui può trovarsi il personale curante di fronte a una domanda di suicidio assistito. Infatti, in tali situazioni, vi sono almeno tre livelli morali che si sovrappongono: innanzitutto vi sono le convinzioni personali del personale curan- te. In secondo luogo vi sono i suoi obblighi deontologici che gene- ralmente fanno riferimento alla finalità terapeutica dell'attività medico-infermieristica. In terzo luogo poi non va dimenticato che la maggior parte dei curanti, ad eccezione degli indipendenti, opera nell'ambito di un'istituzione la quale ha anch'essa un insie- me di valori guida (a volte espliciti, a volte meno espliciti). A tutto questo si aggiunge pure un altro rilevante quesito, ovvero quello a sapere come giudicare l'autonomia e la capacità decisionale del

paziente in un ambito così “fragilizzante” come può essere a volte quello ospedaliero.

La situazione del personale medico e infermieristico svizzero potrebbe, di primo acchito, apparire assai semplice se si tenesse unicamente conto della disposizione penale: in realtà essa è assai più complessa di quanto si potrebbe credere inizialmente, non da ultimo per gli aspetti emotivi che il problema solleva.

Lo scopo della seconda giornata di riflessione organizzata dal Commissione di etica clinica dell'EOC (COMEC) - svoltasi l'11 maggio 2005 all'Università della Svizzera Italia a di Lugano e dedicata al tema del suicidio assistito - è stata appunto quello di cercare di fare chiarezza su questo delicato, complesso e rilevate tema attraverso sguardi interdisciplinari e punti di vista diversi, con l'intenzione di offrire al personale di cura le necessarie conoscenze per fare fronte a domande o a richieste che in futuro non sembrano destinate a sparire.

Allo scopo di conservare una traccia di quanto esposto dagli oratori che hanno animato il pomeriggio di riflessione, abbiamo deciso di raccogliere i contributi dei relatori nel secondo quaderno della COMEC, offrendo in questo modo, anche a coloro che non hanno potuto presenziare all'incontro, di accedere alle relazioni tenute.

Ci auguriamo che anche questa volta l'iniziativa possa trovare l'interesse da parte di chi è particolarmente sensibile a queste rilevanti problematiche.

## **Introduzione Suicidio assistito**

*Prof. Dr. med. Claudio Marone, Vice-presidente COMEC*

La discussione sul suicidio assistito crea molto imbarazzo nella popolazione e per molti finora è stato più facile evitare il confronto che non affrontarlo. Per alcuni il problema è minore, data la bassa frequenza delle richieste, oppure evitabile intensificando le cure palliative; altri, in caso estremo, consigliano di dimettere il paziente desideroso di questa procedura a porre fine alla vita al proprio domicilio. Come operatori in Ospedali pubblici, dal momento che la legge non punisce l'assistenza al suicidio, siamo tenuti ad affrontare il problema in modo chiaro, affinché qualora ci trovassimo confrontati con questa situazione, siamo pronti, con calma, ad agire nel modo corretto. Per questo, anche se attualmente per fortuna la richiesta è minima, ritengo utile e indicato che la COMEC abbia organizzato un pomeriggio di studio.

### **Ma cos'è il suicidio assistito?**

Ci troviamo di fronte a questo tipo di situazione quando un paziente maggiorenne, capace di discernimento e non in una situazione di inadeguata depressione psichica, affetto da una malattia terminale di solito con una speranza di vita di poche settimane o mesi, fa richiesta ripetuta di porre fine alla propria vita. La persona che commette suicidio, se non dovesse riuscire, non è punita e in diversi Stati, quali l'Olanda, il Belgio, l'Oregon negli Stati Uniti, ma anche la Svizzera, esiste una legge che non punisce nemmeno chi aiuti una persona a suicidarsi, a condizione che il movente del gesto non sia di natura egoistica. Addirittura in Svizzera la disposizione del Codice Penale non ha

dei legami con la professione sanitaria o con la malattia, a differenza degli altri Paesi.

I risultati dell'Oregon sono stati pubblicati a più riprese e si vede che dal 1998 al 2004 208 persone hanno terminato la loro vita in modo consapevole assumendo dei medicinali che sono stati loro prescritti; questo numero tende ad aumentare negli anni, nel 2004 erano 37 morti e si tratta di circa l'1% di tutte le morti che avvengono per causa naturale.<sup>1</sup> Perlopiù i pazienti erano affetti da malattie tumorali, ma anche da altre patologie come la sclerosi laterale amiotrofica o la SIDA. È forse interessante notare che la ragione per la scelta del suicidio assistito non è tanto il dolore insopportabile, ma la perdita di autonomia, di dignità e l'impossibilità di gioire ancora della vita. Solo una percentuale minore ha scelto questa via a causa di un controllo inadeguato del dolore. Di solito dopo aver ingerito la mistura letale la morte è intervenuta dopo circa 25 minuti (si tratta della mediana).

Da noi, anche se la situazione legale è chiara, esistono problemi a tre livelli morali per chi è confrontato con una richiesta di suicidio assistito. Dapprima come struttura sanitaria, in seguito come operatore sanitario, e inoltre come persona con una propria convinzione. Per tutte le persone che in un modo o nell'altro vengono a contatto con una richiesta come quella di un suicidio assistito si apre un fronte altamente emotivo e si crea spesso una situazione di grossa ambivalenza. Questo anche perché negli anni il rapporto tra operatore sanitario e paziente è cambiato moltissimo. Da una visione ippocratica dell'assistenza medica dove in fondo il medico assecondava e osservava la natura si è diventati sempre più attivi e interventisti cercando invece di correggere quelli che possiamo chiamare "errori" o "danni" naturali (infezioni, tumori). Le attività mediche sono più invasive, sia con terapie chirurgiche, ma anche mediche (penso per es. alle chemioterapie dei tumori). Si è andati ancora oltre con le terapie sostitutive attuali (i trapianti), dove dal punto di vista etico si potrebbe discutere se sia giusto offrire in fondo una seconda vita a pochi fortunati, quando nel mondo esistono ancora milioni di persone che non riescono ad ottenere le cure di base più semplici.

---

<sup>1</sup> Okie S., Physician-Assisted Suicide - Oregon and Beyond. *NEJM* 2005; 352 (16): 16271630

Anche la Chiesa accetta certi cambiamenti del rapporto medico/paziente, in particolare per quanto riguarda il dolore che una volta era visto come prova positiva che il paziente sopportava per la propria purificazione e beatificazione, mentre ora tutti, credenti e non, partecipano al progetto "Uniti contro il dolore" dove, con i mezzi moderni che abbiamo a disposizione, riusciamo a togliere la sofferenza e a migliorare la qualità di vita fisica di un paziente fino ai suoi ultimi giorni.

Ma è cambiato anche il rapporto con la vita stessa. Infatti tutti siamo d'accordo che il diritto alla vita è intoccabile, cominciano poi le discussioni sulla definizione di "vita" a sapere quando questa inizia, ma anche quando questa termina; quando si può ancora parlare di "vita", se la vera "vita" è quella vegetativa, oppure relazionale o altro. Pertanto si è spostato il problema del diritto alla vita al concetto di diritto alla morte quando la vita non è più considerata tale; qui osserviamo chiaramente i due estremi che non possono andare d'accordo: quello del credente per cui non esiste un diritto alla propria morte dal momento che la vita ci è stata data da Dio e solo lui può dire come e quando essa terminerà, a quello completamente contrapposto del non credente che ritiene essere la vita di suo dominio, e quindi solo lui può sanzionarne la durata e la via d'uscita.

Sollevati questi aspetti, che in fondo non hanno una soluzione comune essendo i punti di partenza così lontani, dobbiamo però risolvere quello dell'aiuto al suicidio assistito poiché la legge non lo punisce ed è un diritto lasciato all'autonomia del paziente a determinate condizioni. Per quanto riguarda le istituzioni io credo che un Ospedale pubblico debba valutare questa problematica e trovare una soluzione adeguata per quei pazienti che non hanno alternative a casa o in un'altra struttura dove erano soliti vivere. Per il problema individuale è chiaro che ognuno può decidere come meglio crede e se una persona dovesse operare in un Istituto dove esista questa possibilità, deve avere la scelta di ritirarsi dall'assistenza di un paziente che intende commettere suicidio. C'è poi il problema dell'operatore sanitario, in particolare del medico, che secondo me - credente o non credente - non può sfuggire a questo confronto. Nelle situazioni problematiche



o dove non esiste una base legale, l'Accademia Svizzera delle Scienze dà delle direttive e in effetti se ne stanno preparando sul suicidio assistito. I progetti hanno già però dato adito a molte critiche. Infatti l'Accademia ha deciso, tenendo conto del pluralismo di opinione, di mettere una frase che crea perplessità. Il passaggio è il seguente:

*“La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n’est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l’origine d’un désir de suicide. Toutefois, un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D’une part, **l’assistance au suicide ne fait pas partie de l’activité médicale**, car elle est contraire aux buts de la médecine. D’autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle.”*

Ora è chiaro che deve essere una terza persona a valutare se esistono le esigenze minime per una richiesta di suicidio assistito e non dovrebbe essere il medico curante a prescrivere il medicamento letale. Ma il medico nel quale il paziente durante tutta la sua vita ha riposto la sua fiducia, al quale ha confessato i suoi segreti più intimi, non può abbandonare il suo camice e disdire il suo mandato. Da parte mia almeno, indipendentemente dal mio credo, nello spirito di estrema tolleranza per le idee altrui, non ho dubbi che continuerò la mia assistenza non al suicida ma al morente, come medico, e farò in modo che nei momenti difficili il mio paziente mi sentirà vicino.

## **Le dieci tesi della Commissione nazionale d'etica per la medicina sull'assistenza al suicidio**

*PhD Carlo Foppa, Membro della  
Commissione nazionale d'etica per la medicina*

*Premessa: le opinioni qui formulate non impegnano altri che l'autore e in nessun caso la Commissione Nazionale di Etica*

Quelle che mercoledì 11 maggio erano le "10 tesi della CNE sull'assistenza al suicidio", sono diventate, esattamente 2 mesi dopo<sup>1</sup>, il "Parere n. 9 della CNE" e le tesi sono diventate dodici. In realtà, come fu detto in occasione del simposio organizzato dalla COMEC, le tesi della CNE erano già 12 al mese di maggio, tuttavia per dovere di discrezione, non mi è stato possibile presentare le due tesi supplementari elaborate durante i primi mesi del 2005. In tal modo le tesi ufficiali della CNE sono rimaste le stesse da ottobre 2004 sino a luglio 2005.

Le tesi tuttavia non costituiscono che la sintesi di una riflessione ben più complessa illustrata in un'ottantina di pagine, frutto di una riflessione iniziata nel 2002 sul tema più esteso della gestione della morte alla fine della vita.

Peccato però che, come troppo spesso accade a livello federale, il documento esista soltanto in tedesco e francese. La versione italiana infatti consiste in una trentina di pagine, private della prefazione e soprattutto dello sviluppo delle riflessioni che precedono le dodici tesi. In poche parole, l'italofono che desidera comprendere

---

<sup>1</sup> La conferenza stampa data infatti dell'11 luglio 2005.

i perchè della posizione (più che del parere) della CNE non ha che da studiarsi il francese o il tedesco. Peccato, poiché nella vicina penisola vi è un vivo interesse per le questioni di bioetica. Citiamo dunque il Parere che *liquida* la questione legata alla minoranza linguistica italoфона con la citazione seguente :

«Il capitolo II concernente gli aspetti storici, giuridici, geografici, politici ed etici in generale e il capitolo III relativo agli argomenti e ai pareri della CNE sul suicidio medicalmente assistito possono essere consultati unicamente in tedesco e francese sul sito nek-cne.ch.».

A voler esser in malafede si direbbe quasi che per gli italoфoni poco importano i perchè e i percome, l'importante sono le tesi che, così private del loro fondamento argomentativo, si presentano più come una sorta di manuale delle giovani marmotte che come una riflessione organica di un comitato nazionale.

Ma siccome non sarebbe politicamente – nè eticamente – corretto essere in malafede da parte di un membro della CNE (che per giunta ha diretto il gruppo di lavoro sull'assistenza al suicidio), rammenterò che da qualche tempo il budget della CNE si restringe progressivamente<sup>2</sup>.

Il tempo di gestazione del “parere” è stato di tre anni: il gruppo di lavoro sotto la mia responsabilità era formato dalla Sig.ra Augsburg, direttrice dell'Ecole la Source, dal Prof. Bondolfi, teologo all'università di Losanna, dal Prof. Chevrolet, intensivista all'ospedale di Ginevra, dal Prof. Guillod, Direttore dell'Institut de droit de la santé di Neuchâtel e dal Prof. Hell, psichiatra a Zurigo. Il gruppo si riuniva con un ritmo di una seduta al mese il primo anno, poi meno spesso a partire dal 2004 in quanto le basi argomentative del testo sono state chiaramente formulate all'inizio. In generale, l'avanzamento dei lavori veniva trasmesso a tutti i membri della CNE ogni tre mesi per lettura e discussione in occasione della seduta plenaria successiva.

Ovviamente il suicidio assistito non era che uno dei temi affrontati nelle sedute plenarie della CNE; ragione per cui, a differenza di altri gruppi di lavoro *ad hoc*, la riflessione era puntualmente interrotta dall'ordine del giorno che imponeva altri temi prioritari.

---

<sup>2</sup> Si veda in particolare il paragrafo più avanti intitolato «Due paradossi di fondo»

È pure accaduto spesso che alcuni argomenti venissero ripresi a distanza di mesi, vuoi da chi non aveva letto il verbale vuoi da chi, pur avendolo letto, non accettava le obiezioni.

### **Una genesi lunga e laboriosa, perchè?**

La riflessione della CNE è stata piuttosto laboriosa e questo non solo per la delicatezza del tema, ma anche per altre ragioni quali ad esempio le seguenti.

Il problema del suicidio assistito è certamente un problema etico, ma i suoi risvolti politico-ideologici non vanno trascurati. Lo scontro di fondo si situa infatti tra una visione liberale delle decisioni individuali e una visione più sociale delle scelte individuali. Il pomo della discordia, in fondo, consiste nell'opposizione di due visioni della vita umana (e del suicidio): da una parte vi è chi crede che la vita umana appartenga solo e soltanto al soggetto che rimane libero di farne quello che gli pare a condizioni di rispettare la libertà altrui. Dall'altra vi è invece chi ritiene che la vita umana appartenga sì al soggetto, ma anche ad altri, siano questi divinità, autorità politiche oppure la stessa società. Ed è vero che storicamente sia secondo Platone o Aristotele che nella tradizione cattolica, la vita appartiene o al sovrano o a Dio e solo in secondo luogo al soggetto.

Tra i vari fattori che spiegano la durata della riflessione della CNE, in verità un poco eccessiva, non va dimenticata la peculiarità della Svizzera che riunisce quattro aree culturali e sensibilità religiose assai diverse. La sensibilità di fronte a un soggetto così complesso varia ad esempio tra romandi, germanofoni e ticinesi: semplificando per ragioni di necessità, si potrebbe dire che il romando affronta il tema senza troppi pregiudizi, il germanofono non potrà impedirsi di pensare all'olocausto in modo più marcato che gli altri, il ticinese infine sentirà in modo più o meno marcato il peso della tradizione cattolica che instaura un vero tabù sulla questione.

A complicare il tutto vi è poi il fatto che la lingua nazionale svizzera è il tedesco e quindi sia la lettura dei verbali che le discussioni tendono ad escludere le minoranze: i dibattiti, senza traduzione simultanea, non permettono di cogliere tutte le peculiarità linguistiche dell'interlocutore. Certo si riesce a seguire il

discorso, ma la scelta di un vocabolo al posto di un altro o una semplice inversione semantica possono dare ai concetti delle sfumature assai diverse. Si pensi ad esempio al fatto che suicidio assistito e assistenza al suicidio mettono in primo piano due concetti diversi –il suicidio o il fatto di assistervi- conferendo quindi ai due concetti apparentemente sinonimi, due connotazioni diverse. Non dimentichiamo infine che allo scopo di ottenere un consenso forte, quasi tutto il testo (80 pagine) è stato letto su schermo gigante in seduta plenaria in versione francese e tedesca. Il testo originale era in francese vista la composizione del gruppo di lavoro e sarebbe un po' ingenuo pretendere che i germanofoni abbiano potuto seguire le spesso lunghe diatribe formali della lingua di Molière (la stessa situazione capovolta è però in realtà più frequente –nessuno spazio invece per la lingua di Dante e del Manzoni).

Come se gli elementi annoverati sopra non bastassero, ricordiamo infine la nostra tradizione di democrazia diretta che vuole che tutto possa essere contestato e rinviato al dibattito pubblico: di conseguenza si potrebbe –con una piccola iperbole- affermare che anche le virgole e le punteggiature in generale devono risultare da un consenso. Da cui la durata dei lavori....

Infine il nostro codice penale crea una situazione unica al mondo nella misura in cui la disposizione vigente in materia di assistenza al suicidio non ha nulla a che vedere con la medicina e la malattia: come verrà ricordato più avanti e come risulta fin troppo chiaramente dal rapporto della CNE, l'art 115 CP è una disposizione assolutamente laica che concerne i cittadini indipendentemente dalla loro professione e dal loro stato di salute. In questo, appunto, la Svizzera ha uno statuto diverso da altri paesi come l'Olanda, il Belgio o l'Oregon in cui esiste certo la possibilità dell'assistenza al suicidio, ma le leggi che l'autorizzano sono state concepite proprio per le situazioni mediche di fin di vita.

### **Alcune precisazioni in merito alla disposizione penale 115 CP**

Art. 115 CP

*“Istigazione e aiuto al suicidio*

*Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con la reclusione sino a cinque anni o con la detenzione.”*

L'articolo in questione non sancisce assolutamente un diritto positivo, cioè un "diritto a"; ne consegue che l'assistenza (al suicidio) non è garantita dallo Stato come lo sono, ad esempio, le cure. Da ciò nessun cittadino potrebbe rivendicare un'assistenza e allo stesso modo nessuno sarebbe nell'obbligo di offrirla.

In secondo luogo va rilevata l'assenza totale di delimitazione del campo di applicazione: non si fa alcun riferimento al contesto medico nè alla malattia nè tanto meno alla fase terminale della vita umana. In altre parole la giustizia rinuncia a perseguire colui che avrà assistito una terza persona se il movente dell'assistenza non è di tipo egoistico<sup>3</sup>. Come, quando, dove avvenga il fatto e quale sia lo stato di salute del richiedente non concerne il legislatore.

Infine l'articolo 115 CP si situa in una visione liberale dell'esistenza umana che mette in primo piano il principio di autonomia in senso forte.

È difficile formulare dei dati epidemiologici sicuri sul fenomeno del suicidio assistito<sup>4</sup>; d'altronde una delle proposte di fondo della CNE verte appunto ad avere una maggior trasparenza sui dati attraverso una sorveglianza di Stato. I dati pubblici ritengono che il numero di decessi tramite l'associazione Exit (ma non dimentichiamo anche Dignitas) sia triplicato passando da poco più di un centinaio tra il 1990 e il 1993 a quasi 400 per il periodo 1997-2000.

Uno studio apparso nell'agosto 2003 sul prestigioso *Lancet*<sup>5</sup> ha permesso di quantificare il fenomeno del suicidio assistito in modo proporzionale ad altri tipi di morte indotta (o provocata deliberatamente) dalla medicina. La ricerca si è svolta tra il 2001 e il 2002 e concerneva sei paesi europei tra cui la Svizzera. Karin Faisst, dell'Istituto di Medicina Sociale e Preventiva dell'Università di Zurigo ha poi pubblicato sul *Bollettino medico Svizzero*<sup>6</sup> i dati

---

<sup>3</sup> Si vedano a questo proposito in particolare le pp. 31-36 della versione francese del Parere dove è presentata la genesi dell'art. 115 CP

<sup>4</sup> Per ulteriori dati quantitativi sul fenomeno del suicidio in generale si vedano le pp. 24-28 del Parere versione francese.

<sup>5</sup> Van der Heide, A. et al; End of life decision-making in six European countries: descriptive study, *The Lancet* 2003, June 17

<sup>6</sup> Faisst, K., et al. ; Décision médicale en fin de vie dans six pays européens : premiers résultats ; *Bulletin des Médecins Suisses*, 2003, 84 : n. 34, pp. 1730-1732

concernenti il nostro paese. Sulla base di un campione di 5000 decessi presi a caso nella Svizzera tedesca, i medici che avevano firmato il certificato di morte sono stati interrogati tramite questionari anonimi. Il tasso di risposta per il nostro Paese è stato del 67 % (pari a 3350 decessi). L'incidenza totale dei decessi avvenuti o per eutanasia attiva diretta o per suicidio corrisponde all'1.1%; questa percentuale si divide in seguito in 0.4% di suicidi assistiti, 0.3% di eutanasi attive dirette alla domanda del paziente e 0.4% di eutanasi attive dirette senza domanda esplicita del paziente. Sulla base di questi dati e in mancanza d'altri, occorre riconoscere che l'incidenza del suicidio assistito è pari a quello dell'eutanasia attiva diretta senza domanda del paziente.

Quello del suicidio assistito è quindi certamente un fenomeno importante, ma lo è almeno tanto quanto l'eutanasia attiva diretta che, contrariamente al suicidio assistito, è punita dal codice penale e solleva questioni morali assai più delicate, non foss'altro che per il *semplice* fatto che a compiere il gesto non è il soggetto bensì una terza persona. Ma quello che lascia più perplessi è che il mondo medico e politico investa un'energia considerevole per ribadire l'incompatibilità di fondo dell'assistenza al suicidio con la propria deontologia, mentre assolutamente nulla è detto in merito all'eutanasia attiva diretta senza richiesta del paziente che, almeno sul piano epidemiologico, ha un'incidenza pari a quella del suicidio assistito.

### **Due paradossi di fondo**

I dati appena menzionati sembrano suggerire un paradosso. Se l'incidenza dei due fenomeni è la stessa, perchè preoccuparsi di quello che solleva questioni morali meno complesse (il che non significa "semplici")? Perchè nulla è intrapreso nei confronti dei casi di eutanasia attiva diretta senza richiesta del paziente?

È pur vero che l'intenzione iniziale della CNE era appunto quella di occuparsi del tema più generale dell'induzione della morte nell'ambito medico<sup>7</sup> coprendo così anche tutti gli aspetti legati all'eutanasia. Ci si è però ben presto resi conto che l'impresa titanica avrebbe potuto durare assai di più che i tre anni trascorsi sul tema del suicidio assistito. Infine non va dimenticato che nella sua let-

---

<sup>7</sup> Si veda a questo proposito in particolare la prefazione (versione francese) del presidente della CNE Rehmman-Sutter, p.5.

tera del 4 luglio 2003<sup>8</sup>, l'ex-consigliera federale Ruth Metzler invitava esplicitamente la CNE ad occuparsi della tematica della morte medicalizzata in senso molto ampio. Purtroppo, a seguito dei vari cambiamenti politici avvenuti nel dicembre 2003, c'è stato chi, come il nuovo eletto consigliere federale Christoph Blocher, ha deciso che questi temi non erano più prioritari, dimenticando così non solo le preoccupazioni del personale curante confrontato sempre di più a tali problemi, ma anche le varie interpellazioni politiche dei deputati Cavalli, Zäch e Vallender. I tagli del personale del Dipartimento di Giustizia e Polizia operati poi all'inizio estate del 2005 hanno dimostrato quali fossero le vere priorità del neo-eletto. Alla luce di tali vicissitudini non è dunque sorprendente che il budget della CNE non migliori.

Un altro paradosso importante e di ordine più filosofico, consiste nel fatto che l'articolo 115 CP lascia un margine d'azione considerevole rinviando i soggetti in questione alla propria coscienza morale individuale. Il fatto di voler introdurre delle condizioni restrittive supplementari a tale disposizione penale potrebbe apparire come un po' paradossale, tanto più che la CNE ha sempre sostenuto che lo spirito liberale di tale disposizione va salvaguardato.

A seguito della conferenza stampa dell'11 luglio in cui la CNE ha reso noto ufficialmente il suo parere, diversi commentatori hanno interpretato le condizioni restrittive auspiccate dalla CNE come una proposta di controllo statale del suicidio assistito. Questo potrebbe essere un modo di interpretare le cose; ma si potrebbe anche sostenere che, auspicando una miglior trasparenza e un disciplinamento più esplicito delle pratiche, la CNE riconosce l'utilità delle attività svolte dalle varie associazioni per morire nella dignità. Poiché resta pur vero che se la medicina ospedaliera non vuole occuparsene (occupandosi però attivamente ma discretamente dell'eutanasia) per ragioni deontologiche, ma forse piuttosto politiche, qualcuno deve pur dar seguito alle domande di assistenza al suicidio da parte dei morenti che lo desiderano.

---

<sup>8</sup> Si veda p.11 del Parere della CNE



## **Le 12 tesi della CNE**

Concepite in un primo tempo come schema di presentazione della presa di posizione della CNE in vista di un simposio sul suicidio assistito tenutosi all'università di Zurigo i 17 e 18 settembre 2004, le tesi della CNE non sono altro che una sintesi del rapporto di ottanta pagine che riflette l'opinione dei membri. Sarebbe quindi errato ritenere che la posizione della CNE consista in quelle che sono state definite "tesi", forse con un eccesso di pan-germanismo.

Ciò detto, vale comunque la pena di soffermarsi sulle 12 tesi della CNE, invitando comunque il lettore ad approfondirne il senso attraverso la lettura di tutto il documento.

Le tesi qui riportate e commentate sono l'ultima versione italiana accessibile sul sito della CNE.

Tra la versione composta da 10 tesi del maggio 2005 e la versione pubblicata l'11 luglio, due nuove tesi completano la sintesi del Parere: la tesi n. 2 in cui viene precisata la distinzione morale tra eutanasia e suicidio e la tesi n. 3 in cui la CNE ribadisce esplicitamente la sua adesione allo spirito liberale dell'art 115 CP.

Le 12 tesi non hanno tutte la stessa importanza concettuale e pragmatica; possono infatti essere suddivise in due gruppi: da un lato quelle che implicano un cambiamento sostanziale nella pratica e dall'altra quelle che invece ribadiscono dei principi condivisi in seno alla CNE. Intendo quindi in un primo tempo soffermarmi sul primo gruppo (tesi da 5 a 9) e quindi sul secondo.

### **Tesi n. 5 (e tesi n. 3 e 12)**

Gli elementi chiave di questa tesi sono i seguenti:

- La non-impunità dell'assistenza al suicidio va salvaguardata e la CNE ne condivide lo spirito liberale
- Tuttavia la pratica delle associazioni di assistenza al suicidio va meglio disciplinata

La tensione fra la tutela della vita e il rispetto dell'auto-determinazione delle persone rischia infatti, nella situazione attuale, di favorire unicamente il secondo polo. Al fine di tutelare meglio gli interessi delle persone a rischio per le quali il suicidio non sarebbe altro che il segno di un malessere passeggero, occorre

fare in modo che i due principi vengano ugualmente presi in considerazione. A tale fine la CNE auspica un controllo più trasparente e sistematico delle attività delle associazioni per morire nella dignità. Il rischio, nella situazione attuale, è che tali associazioni, dando una priorità assoluta al principio di autodeterminazione, finiscano progressivamente per non rispettare più i criteri che si sono esse stesse imposte, e tutto ciò in nome dell'autonomia della persona.

Il rinvio alla tesi n. 3 è ovvio, in quanto questa esplicita sin dall'inizio la scelta morale della CNE: salvaguardare "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"<sup>8</sup> - a meno ovviamente che il movente sia egoistico. E proprio alla fine della tesi n. 3 il concetto fondamentale su cui poggia la scelta della CNE è formulato in tutta la sua chiarezza: il pluralismo morale della nostra società. Il rispetto di tale pluralismo infatti non impedisce alle due visioni antitetiche del suicidio di convivere pacificamente, allorché la scelta di un'opzione restrittiva (contraria all'assistenza al suicidio) non lo permette.

La tesi n. 12 infine, offre delle direttive pragmatiche operative allo scopo di disciplinare meglio le pratiche di assistenza al suicidio. La triade composta dalle tesi n. 5, 3 e 12 costituisce forse l'elemento più innovativo dal punto di vista pragmatico nelle discussioni recenti sulla questione.

### **Tesi n. 6**

Quello della psichiatria è un settore altamente delicato visti i legami esistenti tra depressione e tendenza suicidale. Sarebbe stato impossibile non affrontare il tema in un parere sul suicidio assistito.

Non va dimenticato che l'intervento di associazioni di assistenza al suicidio nell'ambito della psichiatria ha suscitato da diversi anni polemiche senza fine e che Exit aveva introdotto una moratoria sul soggetto sino al 2005.

Due idee agli antipodi si scontrano generalmente sul tema: da una parte vi è chi ritiene che il desiderio di suicidio sia sempre la

---

<sup>8</sup> si veda pag 18 Parere in italiano

<sup>9</sup> si veda pag 18 Parere in italiano

manifestazione di uno stato depressivo e che di conseguenza trattando la depressione, sparirebbe la richiesta di assistenza. D'altra parte però vi è anche chi sostiene che non sia soltanto la sofferenza somatica (o la sua paura) a poter giustificare una domanda di suicidio ma anche la sofferenza psichica. In altre parole se la sofferenza è tale da poter essere lenita solo col suicidio, non vi sono ragioni per introdurre una discriminazione tra sofferenza fisica e sofferenza psichica.

Un elemento importante nelle discussioni lo ha assunto il ruolo della prognosi, che, a detta di certi esperti, pare quasi impossibile da stabilire nell'ambito psichiatrico a differenza dell'ambito somatico. Pare invece più complicata la situazione del paziente psichiatrico affetto da malattia somatica incurabile.

La CNE non ha comunque voluto attenersi ad una posizione dogmatica; da cui l'affermazione secondo cui "in queste situazioni il suicidio assistito va *generalmente* escluso"<sup>10</sup>; le eccezioni alla regola sono appunto immaginate per i casi in cui un paziente psichiatrico manifesti il desiderio di morire per suicidio in quello che il profano definirebbe un attimo di lucidità ("intervallo asintomatico di una malattia che fino a quel momento aveva avuto un decorso cronico"<sup>11</sup>).

Ad ogni modo comunque è escluso che l'assistenza al suicidio venga praticata all'interno di istituti psichiatrici.

### **Tesi n. 7**

La difficoltà nell'affrontare il tema del suicidio (per giunta assistito) presso i minorenni si riflette perfettamente nel fatto che la tesi n. 7 non ha potuto giungere ad una formulazione consensuale. Malgrado lunghi e ardui dibattiti, la divergenza di fondo tra le due posizioni è rimasta irriducibile. Da un lato infatti chi sosteneva che in nessun caso si dovrebbe entrare in materia quando di tratta di bambini o ad ogni modo di minorenni, e dall'altro chi invece riteneva che gli stessi criteri validi per gli adulti (capacità di discernimento essenzialmente) si debbano applicare ai minorenni. Vi è certamente qualcosa di inaccettabile nell'associare la malattia ed il bambino, ancora più difficile è l'accettazione della morte presso il bambino, ma il suicidio presso il bambino per molti versi

---

<sup>10</sup>Tesi n. 6. Il corsivo è nostro

<sup>11</sup>idem

sembra inconcepibile, immaginiamo quindi le difficoltà nell'ammettere anche un solo istante un'assistenza al suicidio di un bambino. Le discussioni in seno al CNE hanno pur tenuto conto di situazioni cliniche relative all'oncologia pediatrica in cui il minorenne, come spesso accade per i maggiorenni, richiede un'assistenza al suicidio dopo un lotta senza successo contro la malattia. Non è tuttavia stato possibile raggiungere un consenso, e si è quindi rivelato necessario menzionare esplicitamente l'opinione della maggioranza e quella della minoranza.

### **Tesi n. 8**

Il principale merito di questa tesi è proprio di costringere gli istituti di cura ad una maggiore trasparenza in merito. Non solo, ma la CNE auspica una politica chiaramente differenziata tra le strutture di lunga degenza e gli ospedali acuti: nel primo caso il suicidio assistito dovrebbe in sintesi essere ammesso, mentre nel secondo è necessario che ogni istituzione prenda formalmente posizione pro o contro il suicidio assistito *intra muros*. La CNE ritiene comunque inammissibile che un progetto di suicidio assistito sia ostacolato da un singolo individuo o da un gruppo per semplici ragioni ideologiche. Se dovesse sussistere una divergenza di fondo, la clausola di coscienza sarà sempre garantita, ma in tal caso i curanti devono provvedere a dirottare il paziente su altri luoghi o istituti dove egli possa portare a termine il suo progetto.

### **Tesi n. 9**

Il titolo e in particolare la sua traduzione illustra assai chiaramente l'esitazione generale nella definizione del personale curante: per alcuni il personale curante definisce l'insieme di coloro che curano (indipendentemente dalla loro professione), per altri, invece, il personale curante è l'insieme di coloro che curano ad eccezione dei medici. Così la tesi n. 9 porta i seguenti titoli nelle principali lingue nazionali: "Angehörige von Heilberufen", "Professionnels de la santé" ed infine "Membri delle professioni mediche". "Personale curante" non avrebbe potuto costituire una soluzione?

Al di là di queste osservazioni solo apparentemente polemiche, rimane il contenuto della tesi che non costituisce certo una rivoluzione copernicana nell'ambito della deontologia. Infatti la CNE

ha scelto, non senza lunghi e complessi dibattiti, di allinearsi grossomodo sulla posizione dell'Accademia sostenendo, in modo meno perentorio, che "l'assistenza al suicidio non può essere considerata un compito del personale medico. Tuttavia un medico può scegliere liberamente di prestare assistenza al suicidio"<sup>12</sup>. Se tale si rivela la sua scelta, non dovrà subire nessun biasimo o condanna da parte dei colleghi. Infine la CNE auspica che tutti i professionisti delle cure accedano a una formazione sulla fine della vita comprendente anche gli aspetti legati all'assistenza al suicidio.

Le Tesi che seguono non sono meno importanti delle precedenti, tuttavia il loro impatto sulla pratica quotidiana delle cure sembra minore. Spesso si tratta di considerazioni di fondo che sintetizzano, anch'esse ma in modo meno pragmatico, la riflessione che si dipana lungo il documento.

### **Tesi n. 1**

Ed è proprio la prima tesi a identificare il dilemma morale che sottende l'interrogazione umana di fronte all'assistenza (medicalizzata) al suicidio: da una parte il dovere di assistenza per una persona suicidale e, dall'altra, il rispetto dell'auto-determinazione del soggetto. La volontà della CNE di non privilegiare un polo del dilemma a scapito dell'altro, va letto come il riflesso di una difficoltà maggiore insita nella natura umana di fronte alla problematica del suicidio. In fondo la CNE potrebbe essere concepita come una cassa di risonanza della sensibilità morale della società. Non vi è quindi da stupirsi se, pur tenendo conto della sempre più marcata tendenza sociale al rispetto incondizionato dell'autonomia individuale, la CNE abbia scelto una prudente via di mezzo. In una ricerca che ormai data, i ricercatori dell'Università Laval a Québec, si erano chiesti se le competenze morali dei membri delle commissioni etiche fossero superiori a quelle dei cittadini "comuni". Dopo aver constatato tramite un'inchiesta che il livello di sviluppo morale – secondo i questionari di Kohlberg – non era superiore alla media dei cittadini, i ricercatori concludevano affermando che "il livello di ragionamento morale dei membri dei comitati corrisponde (...) al livello più dif-

---

<sup>12</sup>Tesi n. 9 versione italiana, p.24

fuso nell'insieme della popolazione adulta. (...) Non è molto sorprendente che si giunga a questa constatazione poiché il reclutamento dei membri non si effettua sulla base di competenze particolari del ragionamento morale"<sup>13</sup>. Il pluralismo quindi della CNE altro non è che il riflesso del pluralismo della società elvetica all'inizio del terzo millennio.

### **Tesi n. 2**

Questa tesi potrebbe esser letta come una precisazione inutile soprattutto da parte di un gruppo di esperti federali in etica. In effetti la tesi n. 2 non figurava tra le tesi rese pubbliche nel settembre 2004 allorché la CNE aveva cercato di sintetizzare rapidamente la propria posizione.

Ci è parso comunque opportuno dissipare un malinteso frequente sin dall'inizio; presso l'opinione pubblica infatti la distinzione tra eutanasia e suicidio assistito è lungi dall'essere evidente. E, nella mia modesta funzione di pedagogo dell'etica, devo purtroppo confermare che anche presso i curanti la confusione è presto fatta anche perchè in realtà vi è una parentela morale tra i due gesti, ma la differenza di fondo risiede proprio nella libertà che deve essere garantita al suicidante sino all'ultimo di cambiare idea.

### **Tesi n. 4**

La tesi n. 4 lascia assai perplessi talmente il suo senso parrebbe scontato. Ribadire la peculiarità del suicidio assistito in un Parere ha qualcosa di paradossale. Infatti si potrebbe immaginare che, senza il "richiamo" della CNE, si rischierebbe di fare dell'assistenza al suicidio una pratica di routine.

È certo utile a volte ribadire delle evidenze, ma personalmente trovo che si sarebbe potuto fare a meno della precisazione data alla tesi n. 4 e accontentarsi dello sviluppo dell'idea in seno al testo.

### **Tesi n. 10**

È stata senz'altro una delle tesi più politicizzate sin dall'inizio dei dibattiti. Si è infatti avuto la netta impressione che la città di

---

<sup>13</sup> Parizeau, M-H. (Sous la direction de) ; *Hôpital et éthique. Rôle et défis des comités d'éthique clinique*, Presses Université Laval, Québec 1995, p. 124. La traduzione è nostra

Zurigo volesse infine liberarsi dal problema del turismo della morte grazie a una presa di posizione di un organismo federale. Che il turismo della morte esista e che non faccia buona pubblicità al nostro Paese è un fatto, che si debbano trovare ragioni etiche per impedire a terzi quello che reputiamo accettabile per noi rischia di strumentalizzare la CNE e di fare dell'etica un alibi per decisioni politiche. Quella del turismo della morte non è un problema etico bensì politico in senso stretto. Il turismo legato alle "prestazioni" della medicina non è un fenomeno nuovo e questo sia all'inizio della vita (turismo legato alla fecondazione in vitro, in particolare al dono di ovuli o embrioni e alla diagnosi preimpianto) che alla fine.

Le uniche ragioni plausibili per immaginare un trattamento differenziato tra i casi elveticici e quelli esteri risiede nella difficoltà di individualizzare e personalizzare la domanda del richiedente che, venendo dall'estero, ha ben poche *chances* di esser conosciuto dai medici svizzeri.

### **Tesi n. 11**

Non senza legami con la tesi n. 4 sia per la sua funzione di richiamo di un'evidenza, sia per il contenuto, la tesi n. 11 si è fatta l'eco di una preoccupazione diffusa in seno a certi gruppi di curanti. Secondo alcuni infatti, un accesso "facilitato" al suicidio assistito potrebbe diventare una soluzione di comodo all'incremento dei costi e alla modifica della piramide dell'età. In altre parole, secondo i sostenitori incondizionati di questa tesi, quando le persone anziane costano troppo e pesano alla società basta proporre loro un suicidio assistito in modo da risolvere il problema dei costi. Da cui la necessità di concepire una tesi a se stante che affermi che le condizioni di degenza dei pazienti non devono favorire il desiderio di suicidio.

A mio modo di vedere, credo che un disciplinamento del suicidio assistito coadiuvato da un'osservazione attenta del fenomeno dovrebbe avere proprio l'effetto contrario: la clandestinità permetterà i *dérappages*, non la trasparenza.

### **Conclusione**

Nell'area romanda i media hanno dato molto spazio alle attività di Exit, soprattutto grazie a una trasmissione mandata in onda il 10

marzo 2005 cui ha poi fatto eco un dibattito due settimane dopo. Le Choix de Jean – questo il titolo della puntata di Temps Présent dedicata al suicidio assistito – ha riscosso parecchio successo. Il documentario illustra il percorso di un paziente a partire dal momento della diagnosi di recidiva di tumore sino all'ultimo gesto che consiste nell'ingerire il pentobarbital in compagnia di un accompagnatrice di Exit.

Circa un mese più tardi al festival del film documentario di Nyon veniva presentata una realizzazione di un regista svizzero proprio sull'attività di Exit.

Non è difficile immaginare che le domande di adesione siano in costante aumento e che le pratiche seguiranno. Da notare a tale proposito che in un estratto del documentario presentato a Nyon è presentata la situazione di una coppia di cui solo uno dei due partners è colpito da grave malattia e richiede un suicidio assistito. Il congiunto richiede anch'esso un suicidio assistito, ma *semplicemente* per amore. Nella sequenza filmata si assiste alle discussioni di Exit per accedere alla domanda del congiunto sano. Quel che lascia perplessi è che la decisione finale di non entrare in materia non è dettata da ragioni morali o giuridiche, ma dal fatto che, nel periodo in questione, gli accompagnatori non sono abbastanza – in altre parole si rinuncia a “suicidare” una persona sana perchè il personale man (proprio agli antipodi di quell'argomento evocato sopra a proposito della tesi n. 11).

Non occorre certo l'avviso di un comitato nazionale di etica per ammettere che la situazione così com'è non sia delle migliori. Tuttavia il parere della CNE ha il merito di fare proposte concrete al fine di chiarire la situazione e porre dei limiti ragionevoli pur mantenendo l'apertura dettata dal codice penale svizzero.



# **L'art. 115 CP tra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione\***

*Prof. Marco Borghi, Università di Friburgo e della Svizzera italiana*

*Il n'y a pas de solution pour moi,  
moi étant ce que je suis,  
le monde étant ce qu'il est  
Francis Giauque\*\**

- 1. Introduzione**
- 2. L'«impasse» normativa**
  - 2.1. A livello legislativo federale
  - 2.2. Le tesi della Commissione nazionale d'etica per la medicina e le regole deontologiche
  - 2.3. Constatazione
- 3. Un diritto costituzionale all'assistenza al suicidio?**
  - 3.1. La Convenzione europea dei diritti dell'uomo
  - 3.2. Il diritto costituzionale svizzero
- 4. Per l'adozione di una regolamentazione legislativa cantonale**
  - 4.1. Fondamento e competenza legislativa
  - 4.2. Forma e contenuto necessario
- 5. Conclusione**

## 1. Introduzione

Particolare appare il destino dell'uomo di fronte alla morte, e paradossale: la coscienza soggettiva dell'inderogabilità di tale evento, addirittura della capacità di provocarlo, si accompagna al tentativo di ogni comunità di esorcizzarlo, se non di negarlo<sup>1</sup>.

La società occidentale rimuove la morte medicalizzandola: la morte è riduttivamente definita dalla medicina in funzione delle prospettive terapeutiche del singolo paziente, valutate secondo parametri statistici, ed avviene sempre più in ambito ospedaliero per decisione medica. Ma la legittimità sia del prolungamento artificiale della vita, sconfinante nel cosiddetto accanimento terapeutico, sia della sospensione delle cure è sempre più controversa; contestata è l'oggettività di tali parametri: vige infatti il timore che siano influenzati da un lato da un retaggio demiurgico di onnipotenza del medico, d'altro lato, all'opposto, da considerazioni di ordine meramente economico, gravate dall'assillo che l'aumento dei costi della salute provoca anche nel corpo medico.

Inoltre, nella memoria collettiva aleggia ancora l'esperienza della possibilità – e delle connivenze e dei silenzi complici anche di elevate autorità morali – di abusare, traviandoli ideologicamente, di termini e di procedure riconducibili a pratiche di vero e proprio genocidio<sup>2</sup>. Il ricordo di quegli orrori induce taluni a negare qualsiasi giustificazione ad ogni intervento suscettibile di dare o accelerare la morte anche ad una persona in fase terminale.

Infine – e soprattutto – la vita è una nozione la cui definizione e il cui statuto – parzialmente anche sul piano dell'ordinamento giuridico – sono talvolta ritenuti una questione appartenente all'ambito esclusivo della religione e da quest'ultima assegnata

---

\* Diverse considerazioni contenute in questo testo sono il frutto della competente e amichevole disponibilità con cui costantemente – da ormai diversi anni! – Roberto Malacrida mi assiste pazientemente nel compito ineludibile di recepire nelle soventi semplicistiche categorie giuridiche, principi fondamentali di bioetica e esigenze mediche, aspetti che egli sa temperare con rara sensibilità.

Riprendo inoltre tesi e riflessioni presentate al convegno organizzato dalla Commissione etica clinica dell'EOC tenutosi a Lugano l'11 maggio 2005 sul tema: Il suicidio assistito in ambito ospedaliero.

\*\* Poeta dell'incomunicabilità della sofferenza, morto suicida a 32 anni dopo diversi ricoveri in ospedale psichiatrico.

<sup>1</sup> Cfr. sugli aspetti antropologici in relazione alla medicalizzazione della morte e alla recente legislazione francese, *La mort entre peurs et tabou*, *Le Monde Dossier* N. 337, dicembre 2004. Sul piano giuridico cfr. DAVID BAILLEUL, *Le droit de mourir au nom de la dignité humaine*, *La Semaine juridique*, 8 juin 2005, N. 23, pag. 1055 segg.

<sup>2</sup> Notoriamente, ad. esempio, il termine «eutanasia» venne utilizzato dai Nazisti per giustificare l'eliminazione di persone ritenute incompatibili con la purezza della razza dominante.

ad un piano trascendente e dunque indisponibile per il singolo individuo. All'inverso, la vocazione di chi altruisticamente rivendica per ogni cittadino il diritto alla piena autonomia decisionale, anche sulla propria morte, è suscettibile di tradursi in un pericoloso settarismo. Questa antinomia ha una matrice comune, la tendenza di ogni intima convinzione (a fortiori se concernente valori assoluti come la vita e la morte) a trasformarsi in fondamentalismo e intolleranza.

La sola mediazione esplicita offerta dall'ordinamento giuridico svizzero a tale diatriba è costituita dall'art. 115 CP, norma vetusta ma non desueta, soprattutto in ragione dell'attivismo di associazioni quali Exit e Dignitas, norma la cui esistenza condiziona pesantemente sia il dibattito a livello legislativo federale, sia la presa di posizione di commissioni etiche e organismi professionali. Inoltre, questa incertezza normativa si ripercuote sugli enti deputati all'assistenza di malati e anziani e sul loro personale, chiamato sporadicamente, ma sempre più frequentemente e senza adeguate competenze, a stabilire prassi, per le loro conseguenze, irreversibili.

Uno Stato pluralista deve elaborare soluzioni anche normative per queste contrapposte esigenze, contemperarle, evitando di abbandonare tale compito a gruppi di volontari la cui spontaneità non è sempre garanzia di accuratezza etica.

Conviene quindi affrontare il tema del suicidio assistito inserendolo nel contesto dell'evoluzione recente dei diritti fondamentali in questo ambito e dei nuovi temi che d'un lato la medicina moderna, d'altro lato i presupposti dello Stato sociale, pongono inesorabilmente: temi ignoti agli autori dell'art. 115 CP<sup>3</sup>.

## **2. L'«impasse» normativa**

Una costante caratterizza i diversi recenti tentativi di affrontare in modo organico l'esigenza democratica<sup>4</sup> di adattare ai tempi la normativa vigente nel campo dell'assistenza al suicidio: il loro falli-

<sup>3</sup> La norma affonda le sue radici nel tardo Ottocento e nei valori, le concezioni e le condizioni socio-economiche imperanti in quell'epoca, cfr. URSULA CASSANI, *Le droit pénal face à l'assistance au décès*, in Bertrand/Harding/Mandofia/Ummel, *Médecin et droit médical*, pag. 81 segg., pag. 82.

<sup>4</sup> Fondata sia sul fatto, incontrovertibile, che il tema del suicidio attiene all'ambito irriducibile dei diritti dell'uomo, sia sulla crescente diffusione del fenomeno, la cui rilevanza statistica è stata ancora recentemente evidenziata: un tasso di suicidi pari a 19 su 100'000 abitanti colloca la Svizzera in una posizione nettamente superiore rispetto alla media mondiale e corrisponde alla frequenza più elevata di morte negli uomini tra i 15 e i 44 anni di età. Il 10% degli Svizzeri commette uno o

mento dovuto in particolare all'inconciliabilità di posizioni aprioristiche fortemente connotate ideologicamente.

### 2.1. A livello legislativo federale

Esemplari al riguardo da un lato il fatto<sup>5</sup> che l'art. 115 CP non sia stato modificato in occasione della revisione delle norme concernenti le infrazioni contro la vita (emanate nel 1989) e d'altro lato l'accumulo annoso di interventi nel Parlamento federale. Già nel 1996, a seguito della presentazione di una mozione<sup>6</sup>, il Dipartimento di giustizia istituì un gruppo di lavoro, le cui conclusioni vennero riprese dalla nota iniziativa parlamentare Cavalli<sup>7</sup> intesa ad inserire una clausola di depenalizzazione all'art. 114 CP per il caso di colui che, mosso da un sentimento di pietà e compassione, libera da sofferenze insopportabili un essere umano in fin di vita, colpito da una malattia grave ed irreversibile, aderendo in tal senso ad una domanda insistente e seria di quest'ultimo. Poco dopo, un'altra iniziativa<sup>8</sup> propose di modificare l'art. 115 CP, in particolare esplicitamente escludendo la facoltà per il medico di prestare assistenza al suicidio ad un proprio paziente, mentre una successiva mozione<sup>9</sup>, rilevando che il suddetto gruppo di

---

più tentativi di suicidio nel corso della sua vita (cfr., per i dettagli, il Rapporto adottato in risposta al postulato Widmer [02.3251], Ufficio federale della sanità pubblica, aprile 2005 pag. 4 e 18).

Inoltre, malgrado le cifre non siano totalmente attendibili, dovendo essere approssimate per difetto (la morte per suicidio non essendo sempre formalmente registrata come tale), basta rilevare che nella sola Svizzera tedesca è fatto ricorso all'eutanasia in 5 casi di decesso su 10 e l'eutanasia passiva e l'assistenza al suicidio sono più frequenti in Svizzera che negli altri Paesi inoltre, in Svizzera, si riscontra una domanda crescente di persone, anche residenti all'estero, desiderose di beneficiare dei servizi di organizzazioni operanti nei limiti dell'art. 115 CP.

<sup>5</sup> «étonnant» secondo CASSANI, cit.

<sup>6</sup> Mozione Ruffy, 94.3370 del 28.9.1994: essa proponeva in particolare: «Il n'y a pas meurtre au sens de l'article 114, ni assistance au suicide au sens de l'article 115 lorsque sont cumulativement remplies les conditions suivantes: 1. La mort a été donnée à une personne sur la demande sérieuse et instante de celle-ci; 2. La personne défunte était atteinte d'une maladie incurable ayant pris un tour irréversible avec un pronostic fatal lui occasionnant une souffrance physique ou psychique intolérable; 3. Deux médecins diplômés et indépendants tant l'un envers l'autre qu'à l'égard du patient ont tous deux préalablement certifié que les conditions fixées au chiffre 2 sont remplies; 4. L'autorité médicale compétente s'est assurée que le patient a été convenablement renseigné, qu'il est capable de discernement et qu'il a réitéré sa demande; 5. L'assistance au décès doit être pratiquée par un médecin titulaire du diplôme fédéral que le demandeur aura choisi lui-même parmi ses médecins».

<sup>7</sup> Presentata il 27.9.2000 in Consiglio nazionale.

<sup>8</sup> Iniziativa Vallender, 01.407 del 14.3.2001, modifica dell'art. 115 CP. Le modifiche proposte, piuttosto singolari, tra l'altro d'un lato ammettevano l'istigazione e l'assistenza al suicidio anche di persone incapaci di discernimento se l'autore è il partner o un membro della famiglia della vittima (senza tener conto dei possibili conflitti di interesse o di discordanza di opinioni tra le persone coinvolte), d'altro lato escludevano tale possibilità per il personale curante.

<sup>9</sup> Mozione Zäch, 01.3523 del 3.10.2001. In questo senso anche una mozione deposta nell'aprile 2003 dalla Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati.

lavoro, pur constatando una situazione di vuoto legislativo, non aveva espresso proposte concrete, formulò la richiesta al Consiglio federale di colmare tale lacuna elaborando norme attinenti all'eutanasia attiva indiretta e all'eutanasia passiva, nonché promuovendo la medicina palliativa. Significativamente, la presa di posizione del Consiglio federale fu meno che interlocutoria: si limitò a subordinare il suo intervento all'esito della discussione parlamentare sui due interventi parlamentari summenzionati. Non bastasse, sull'onda dell'emozione suscitata nell'opinione pubblica dall'assistenza al suicidio prestata da associazioni nella Svizzera tedesca a stranieri e a malati psichici, due nuove mozioni aggiunsero alle proposte precedenti le richieste, la prima<sup>10</sup>, di regolamentare restrittivamente il rischio di abusi in questo contesto, la seconda<sup>11</sup> addirittura di eliminare l'elemento costitutivo dei «motivi egoistici», il che comporterebbe il radicale sovvertimento dell'assetto legislativo attuale, rendendo punibile senza eccezioni qualsiasi forma di assistenza al suicidio.

Come si vede, l'approccio politico al tema non potrebbe essere più confuso ed antinomico: da un lato esso evidenzia l'inconsistenza, o perlomeno il carattere formale, del criterio che permette teoricamente di distinguere tra assistenza al suicidio, eutanasia attiva indiretta ed omicidio su richiesta della vittima (poiché l'atto autonomo che il suicida è chiamato a compiere per assumere il prodotto letale può, se necessario, essere ridotto ad un gesto concreto ma di fatto poco più che simbolico); d'altro lato, le posizioni non potrebbero essere più polarizzate: vanno dall'introduzione incontrovertibile di parametri clinici e di pareri medici nel processo decisionale di ogni persona (anche se non in fin di vita) desiderosa di morire sino alla repressione penale o comunque ad un divieto totale o parziale (e in quest'ultimo caso a condizioni perlomeno opinabili) dell'assistenza al suicidio.

Inoltre, la valutazione da parte della dottrina delle svenunciate proposte tendenzialmente problematizza ulteriormente l'incongruenza delle diverse posizioni ed anzi giunge a sottolineare la profonda inconciliabilità etica del suicidio assistito e dell'eutanasia attiva<sup>12</sup>.

---

<sup>10</sup> Mozione Vallender, 02.3500 del 30.9.2002.

<sup>11</sup> Mozione Baumann, 02.3623 del 4.10.2002.

<sup>12</sup> GEORG BOSSHARD/WALTER BÄR, *Sterbeassistentz und die Rolle des Arztes, Überlegungen zur*

Vero è che il Consiglio federale ha recentemente approvato il rapporto allestito dall'Ufficio federale della sanità in risposta all'iniziativa Widmer<sup>13</sup>, ma tale rapporto non propone alcuna soluzione legislativa, si esprime principalmente sugli aspetti epidemiologici e sull'esigenza di elaborare interventi intesi a prevenire i fattori sociali e psichiatrici suscettibili di favorire il rischio di suicidio; anzi, sottolinea i limiti della competenza della Confederazione anche in tale settore, dato che il suicidio non costituisce una malattia ai sensi dell'art. 118 cpv. 2 lett. b) Cost. per cui, sostanzialmente, solo dalla competenza nel campo degli stupefacenti (art. 118 cpv. 2 lett. a Cost.) e da quella nel settore della ricerca scientifica (art. 64 Cost.) si potrebbe eventualmente dedurre una competenza legislativa federale ma limitata a tali ambiti comuni. Al momento, l'unico approccio legislativo concreto è costituito da una fantomatica decisione dell'Ufficio federale della giustizia di elaborare un avamprogetto; da indicazioni raccolte dalla stampa, sembra che, contrariamente all'ampio ventaglio dei temi trattati nei vari interventi parlamentari federali, esso preveda di contenere l'elaborazione di una proposta normativa nei limiti della determinazione di restrizioni contingenti poste alla liceità dell'assistenza al suicidio, in particolare per quanto attiene all'obbligo della residenza in Svizzera<sup>14</sup>.

## *2.2. Le tesi della Commissione nazionale d'etica per la medicina e le regole deontologiche*

La Commissione nazionale di etica ha formulato dieci tesi<sup>15</sup>, il cui apporto concreto al dibattito appare tuttavia alquanto limitato sul piano sostanziale. Essa infatti insiste su aspetti largamente acquisiti, quali la contrapposta esigenza di rispettare l'autodeterminazione della persona desiderosa di por fine ai suoi giorni ma nel contempo di offrire un sostegno a chi si trova in una situazione di dif-

---

aktuellen Debatte um die Regelung von Suizidbeihilfe und aktiver Sterbehilfe in der Schweiz, AJP 2002, pag. 407 segg., pag. 411.

Cfr. inoltre FRANZ RICKLIN, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe. Zum Stand der Reformdiskussion in der Schweiz, in Adrian Holderegger (Hrsg.), Das medizinisch assistierte Sterben. Zur Sterbehilfe aus ethischer, juristischer und theologischer Sicht, Universitätsverlag Friburgo 2000, pag. 322-344.

<sup>13</sup> Cfr. supra nota 4.

<sup>14</sup> Le Temps, 30 marzo 2005 pag. 9, che esprime comunque seri dubbi sull'effettiva volontà politica di portare a termine il progetto.

<sup>15</sup> Thèses sur l'assistance au suicide approuvées par la Commission le 17 septembre 2004, [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch).

ficoltà, senza con ciò opporre in alcun modo all'intento suicidale divergenti concezioni morali, oppure il carattere personale, individuale del suicidio, che non può essere ridotto ad una prassi normale, una sorta di servizio istituzionalizzato, né può essere la conseguenza di un razionamento dei costi della sanità; oppure infine esclude la validità giuridica di una volontà affetta da una malattia psichica<sup>16</sup>. Su altri punti la Commissione si è divisa, ad esempio per quanto attiene alla legittimità del suicidio assistito di bambini ed adolescenti o sull'opportunità di praticare il suicidio assistito all'interno di case per anziani e ospedali pubblici. Si limita a sottolineare l'esigenza che tali servizi adottino una regolamentazione autonoma e che le organizzazioni che praticano – e offrono pubblicamente – l'assistenza al suicidio siano giuridicamente sottoposte a sorveglianza statale, ma non propone prescrizioni più precise e sostanzialmente riconosce la validità etica del vigente art. 115 CP. In sostanza, le conclusioni cui perviene la Commissione etica sembrano più impregnate di valutazioni e di classificazioni giuridiche generali addirittura contestualizzate all'interno della legislazione federale e della singola norma svizzera sull'assistenza al suicidio che su un'applicazione dei principi etici fondamentali e sul temperamento dei valori espressi dalla volontà di morire e dalla richiesta di assistenza che ne scaturisce. Né sufficientemente normative, né illuminanti sul piano dell'applicazione dei fondamenti dell'etica, le tesi offrono uno scarso contributo alla necessaria evoluzione del quadro legislativo.

L'esistenza di norme deontologiche ha sovente permesso al legislatore di eludere, in modo elegante, le proprie competenze normative semplicemente delegando la regolamentazione di settori complessi alle associazioni private operanti nel settore. Di per sé, la delega legislativa ad associazioni private è ammissibile, ma l'evoluzione giurisprudenziale del principio costituzionale di legalità ha sempre più posto condizioni severe, in particolare nel caso di associazioni professionali. Soprattutto, il Tribunale federale ammette la validità di una simile delega solo per le soluzioni di temi aventi carattere essenzialmente tecnico,

---

<sup>16</sup> Se appare un mero truismo il principio secondo cui non è ammissibile riconoscere validità ad una richiesta obnubilata da una malattia quale la depressione nel contesto di un quadro clinico reversibile, altra cosa è discriminare la persona sofferente di una malattia psichiatrica negandogli «in regola generale» il diritto al suicidio.

o comunque quando le norme deontologiche non limitano diritti costituzionali<sup>17</sup>. In una sentenza di principio in campo medico (si trattava della nuova legge ginevrina sui trapianti) il Tribunale federale ha ammesso il rinvio diretto (dunque dinamico)<sup>18</sup> alle direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) sulla determinazione della morte solo perché da un lato il rinvio era da interpretarsi come il riferimento ad uno standard esclusivamente tecnico, di cui le direttive erano il mero riflesso e, d'altro lato, esse non escludevano l'autonomia e la responsabilità del medico circa l'accertamento della morte<sup>19</sup>.

Da questo punto di vista già si può dire che le norme deontologiche recentemente adottate dall'ASSM concernenti, tra l'altro, il suicidio assistito<sup>20</sup> non hanno alcun valore normativo sia perché non attengono all'esercizio dell'arte medica dal profilo tecnico, sia perché non sono emanate in virtù di una delega legislativa formale (tale non potendo ovviamente essere considerato l'art. 115 CP). Ad esse può tuttavia essere riconosciuta un'elevata forza morale in ragione dell'indipendenza e dell'appartenenza interdisciplinare degli estensori del testo. Ma occorre che esso possa costituire un punto di riferimento chiaro ed inequivocabile, ciò che non sembra essere compiutamente il caso della disposizione relativa all'applicazione dell'art. 115 CP da parte del medico: la sofferta evoluzione dello specifico paragrafo della direttiva affronta più con titubanza che con univocità il dilemma che attanaglia il medico, vincolato dall'antinomica esigenza di rispettare la volontà del paziente (in casu) di essere aiutato a morire malgrado il fatto che dare la morte contraddica lo scopo stesso della medicina. Così, le direttive riservano, se pure in casi limite, la «persönliche Gewissensentscheidung des Arztes» e assicurano il rispetto di tale decisione, fissando tuttavia precise condizioni e chiari confini all'ambito entro il quale l'assistenza al suicidio può essere prestata<sup>21</sup>. Appare a prima vista comprensibile, ancorché ambigua, l'affermazione (sottoli-

<sup>17</sup> MARCO BORGHI, Pour une réglementation constitutionnelle fédérale des transplantations d'organes en Suisse, PIFF 13, Institut du fédéralisme, Fribourg 1995, pag. 3 segg., pag. 21 seg.

<sup>18</sup> Tale rinvio pone la difficoltà ulteriore della modifica delle direttive dopo che il legislatore ha adottato la norma delegante.

<sup>19</sup> DTF 123 I 112, 130 seg.

<sup>20</sup> Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende, del 25 novembre 2004.

<sup>21</sup> Le condizioni sono testualmente le seguenti:

«– Die Erkrankung des Patienten rechtfertigt die Annahme, dass das Lebensende nahe ist.



neata anche dalla settima tesi della Commissione nazionale di etica per la medicina), secondo cui l'assistenza al suicidio non farebbe parte del ruolo e della funzione del medico, essendo in contrasto con la missione fondamentale della medicina, che deve salvaguardare la salute e dunque la vita del paziente. Ma occorre rilevare che, siccome non si può immaginare che un medico presti assistenza mettendo a disposizione strumenti cruenti, bensì prodotti letali di cui solo un medico può autorizzare l'uso<sup>22</sup>, appare evidente che già per questa banale considerazione il medico, di fatto, partecipa al suicidio del proprio paziente applicando tecniche e conoscenze attinenti alla sua specifica formazione professionale<sup>23</sup> e soprattutto perlopiù nell'ambito di una relazione di fiducia instauratasi nel contesto di un rapporto terapeutico. Nemmeno è conferente l'argomento evocato nella settima tesi suddetta, secondo cui, se l'assistenza al suicidio fosse parte della missione della medicina, ogni medico sarebbe obbligato a praticarla nel caso in cui un paziente capace di discernimento glielo chiedesse. Orbene, a prescindere dal fatto che, sul piano retorico, questa affermazione costituisce una palese petizione di principio, è evidente che questo argomento misconosce semplicemente il diritto per il singolo medico di opporre a tale richiesta l'obiezione di coscienza.

---

– Alternative Möglichkeiten der Hilfestellung wurden erörtert und soweit gewünscht auch eingese  
– Der Patient ist urteilsfähig, sein Wunsch ist wohlwogen, ohne äusseren Druck entstanden und dauerhaft. Dies wurde von einer unabhängigen Drittperson überprüft, wobei diese nicht zwingend ein Arzt sein muss.»

<sup>22</sup> Le condizioni per la concessione ad associazioni quali Exit o Dignitas di un'autorizzazione straordinaria ai sensi dell'art. 14 cpv. 1 della Legge federale sugli stupefacenti (RS 812.121) non è ragionevolmente ipotizzabile, stante la perplessità che una simile ulteriore liberalizzazione susciterebbe (cfr. KARL-LUDWIG KUNZ, *Sterbehilfe: Der rechtliche Rahmen und seine begrenzte Dehnbarkeit*, in *Festschrift für Stefan Trechsel*, 2002, pag. 613 segg., pag. 625).

Va inoltre notato che la prassi attuale delle associazioni che prestano assistenza al suicidio, peraltro instaurata su richiesta della magistratura zurighese, prevede che il medico, prescrivendo la sostanza letale, attesti la capacità di discernimento e la facoltà della persona che chiede di essere assistita di eseguire autonomamente l'atto decisivo.

<sup>23</sup> Come ha rilevato lo stesso Consiglio federale nella risposta 10.9.2003 alla mozione Menétray (03.3405, Enseignement de la problématique de l'assistance au suicide en faculté de médecine) un'importante finalità della revisione della Legge sulle professioni mediche è costituita dall'obiettivo seguente: «Au cours de ses études de base, le personnel médical doit acquérir, outre des principes éthiques, des compétences médicales et sociales qui, d'une part, sont importantes pour traiter et accompagner des patients en fin de vie et, d'autre part, respectent la dignité et l'autonomie de l'être humain (projet de loi sur les professions médicales, art. 8 lit. H). Différentes raisons font que l'assistance au suicide n'est pas mentionnée explicitement comme discipline dans la nouvelle loi fédérale. L'expérience de la loi fédérale du 19 décembre 1877 actuellement en vigueur ayant révélé qu'il n'était pas utile d'énumérer les nombreux contenus et méthodes individuels, on a préféré fixer des objectifs d'études».

Da condividere è infine la posizione della Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative, la quale sottolinea pubblicamente che, accanto ad argomenti etici, giuridici e filosofici, l'esperienza pratica mostra che, nelle persone gravemente ammalate, il desiderio della morte è molto spesso l'espressione di una penosa situazione fisica o psichica dovuta al dolore, alla dispnea, all'umore depressivo o a conflitti familiari<sup>24</sup>. L'esperienza clinica e gli studi scientifici dimostrano che, con l'applicazione di trattamenti specialistici, le richieste di eutanasia attiva diretta o di assistenza al suicidio sono, in generale, fenomeni transitori<sup>25</sup>. Negli scorsi decenni, le cure palliative hanno compiuto grandi progressi nel trattamento dei malati gravi<sup>26</sup>, il che ha determinato in molti Paesi, per esempio l'Inghilterra e l'Australia, lo sviluppo delle cure palliative: divisioni di degenza negli ospedali acuti, Hospices, servizi ambulatoriali, servizi di consultazione intra ed extraospedalieri e cure palliative domiciliari. Anche in Svizzera, negli ultimi anni, si è assistito allo sviluppo delle cure palliative, ma lo stato dell'arte a livello nazionale<sup>27</sup> rivela che, in Svizzera, l'offerta rimane insufficiente e presenta disparità fra i Cantoni<sup>28</sup>.

Pertanto, l'assistenza al suicidio non deve essere la conseguenza di carenze nell'offerta di cure palliative adeguate; anche in questo caso, tuttavia, ben si evidenzia quanto sia sottile il velo tra il campo di applicazione degli art. 114 e 115 CP e quella sorta di limbo giuridico costituito dalla (lecita) prassi instauratasi dopo l'adozione delle due norme summenzionate, cui è stata attribuita la denominazione «eutanasia attiva indiretta» (definita come il trattamento dei sintomi con l'impiego di mezzi suscettibili di abbreviare la durata della sopravvivenza) lo scopo essendo tutta-

<sup>24</sup> F. STIEFEL, Sterbewunsch, Suizidgedanken, Suizid und aktive Euthanasie bei Krebskranken mit fortgeschrittenem Leiden, in *Wie menschenwürdig sterben?* (Hrsg. M. Mettner) NZN Buchverlag AG, Zürich 2000, pag. 29-36.

<sup>25</sup> C. OWEN/C. TENNAT/J. LEVI/M. JONES, Suicide and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer, *Psycho-Oncology* 1992, 1; pag. 79-88; P. GÜEX, La maladie terminale, *Psychologie et Cancer*, Manuel de psycho-oncologie (P. Guex ed.), Editions Payot, Lausanne 1989, pag. 131-151.

<sup>26</sup> H. NEUENSCHWANDER/N. STEINER/F. STIEFEL/N. DE STOUTZ, N. HUMBERT/T. ST. LAURENT-GAGNON, *Medicina palliativa in un colpo d'occhio*, Una guida pratica per medici. Lega Svizzera contro il cancro (editrice), 2000.

<sup>27</sup> C. RAEMY-BASS/J.P. LUGON/J.C. EGGIMANN, *Stato dell'arte delle cure palliative in Svizzera 1999/2000*. Lega Svizzera contro il cancro e Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (editrici) 2001.

<sup>28</sup> Ringrazio il dott. Hans Neuenschwander, membro del comitato della Società, per avermi fornito le informazioni e i riferimenti summenzionati.

via l'eliminazione o perlomeno l'attenuazione della sofferenza, non quello di provocare la morte.

Infine, va rilevato che, secondo il Consiglio federale, nemmeno l'attività delle organizzazioni che statutariamente perseguono lo scopo di favorire e di promuovere l'assistenza al suicidio necessita di qualsivoglia regolamentazione; in effetti, così, laconicamente, esso risponde ad una mozione: «Les organisations qui pratiquent en Suisse l'assistance au suicide ont la forme juridique d'association à but non lucratif. Leur organisation interne relève du droit civil (art. 60 ss CC). Ces associations reconnaissent le droit à l'autodétermination de l'être humain en ce qui concerne sa vie et sa mort et proposent à leurs membres une aide dans l'exercice de ce droit ainsi que l'assistance au suicide. Tant que l'activité de ces organisations se déroule dans le respect des lois en vigueur, l'Etat n'a pas de raison d'intervenir»<sup>29</sup>.

Da notare che, nel 1988, il Consiglio federale<sup>30</sup> perlomeno mostrava al riguardo un barlume di preoccupazione, poi scomparso, paradossalmente, parallelamente all'esponenziale incremento degli interventi delle associazioni di assistenza al suicidio.

### 2.3. *Constatazione*

Né il legislatore federale né le organizzazioni nazionali delegatarie di compiti pubblici nel settore della sanità sono, per motivi diversi, in grado di adottare norme coerenti, giuridicamente vincolanti e suscettibili, nel merito, di contemperare valori fondamentali sussumendo ad essi prassi di applicazione degli art. 114 e 115 CP instauratesi in tempi recenti, anche indipendentemente dalla conquista della medicina moderna. Tale contemperamento deve quindi muovere dall'analisi della portata dei diritti costituzionali, che tali valori esprimono e a cui il diritto riconosce carat-

---

<sup>29</sup> Risposta del Consiglio federale del 28 febbraio 2001 a Vallender, Eutanasi. Nouvelle réglementation de la ville de Zurich (intervento 27.11.2000).

<sup>30</sup> Rispondendo a Guinand (88.665, Aide médicale au suicide, risposta del 14.9.1988): «Il n'est dès lors juridiquement pas possible d'interdire les activités d'Exit. Ce sont surtout les jeunes, le Conseil fédéral le sait, qui sont sujets à nourrir des pensées suicidaires. Il n'existe cependant aucune preuve de l'existence d'une relation de cause à effet entre les directives d'Exit et le taux élevé de suicides chez les jeunes. Le Conseil fédéral a toute considération pour les arguments invoqués par le président de l'Académie suisse des sciences médicales et celui de la commission d'éthique de cette Académie. Tout bien considéré, il ne voit pas de motifs de prendre des mesures à l'encontre d'Exit. Cependant, il souhaiterait que cette association fasse preuve de plus de retenue, surtout à l'égard de la jeunesse».

tere evolutivo, concretati dalla giurisprudenza delle autorità appartenenti al livello più alto della gerarchia giudiziaria.

### 3. Un diritto costituzionale all'assistenza al suicidio?

#### 3.1. La Convenzione europea dei diritti dell'uomo

Il tema è stato sviscerato dalla Corte europea dei diritti dell'uomo<sup>31</sup>, adita da una donna inglese colpita da una sclerosi laterale amiotrofica, malattia neurovegetativa progressiva inguaribile che conduce ad una morte certa e dolorosa. Ormai quasi paralizzata, dispone tuttavia della piena capacità decisionale e intende por fine ai suoi giorni ma, in ragione della sua situazione, abbisogna dell'aiuto del marito, il quale tuttavia, per tale assistenza, incorrerebbe in un reato penale secondo la legge inglese. La sua richiesta, rivolta all'autorità penale, di assumere l'impegno formale di non perseguire il marito, venne respinta in vari gradi di giudizio. La Corte europea ha affrontato i molteplici aspetti sottoposti dai legali dell'interessata secondo le diverse norme della CEDU applicabili alla fattispecie.

Ha innanzitutto analizzato l'art. 2, che protegge il diritto alla vita, «norma primordiale», considerando che «l'article 2 ne saurait, sans distorsion de langage, être interprété comme conférant un droit diamétralement opposé, à savoir un droit à mourir; il ne saurait davantage créer un droit à l'autodétermination en ce sens qu'il donnerait à tout individu le droit de choisir la mort plutôt que la vie. La Cour estime donc qu'il n'est pas possible de déduire de l'art. 2 de la Convention un droit à mourir, que ce soit de la main d'un tiers ou avec l'assistance d'une autorité publique. Elle se sent confortée dans son avis par la récente Recommandation 1418 (1999) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe»<sup>32</sup>.

In secondo luogo ha applicato l'art. 3 CEDU, che proscrive i trattamenti disumani e degradanti. Anche questa norma è inderoga-

---

<sup>31</sup> Sentenza *Pretty c. Inghilterra* del 29 aprile 2002. Altri casi sono stati riportati con grande clamore anche dalla stampa internazionale, ma si tratta, per lo più, da un lato di casi di sospensione delle cure e, d'altro lato, di situazioni strettamente collegate alle peculiari caratteristiche della legislazione e del sistema giuridico di altri Stati, per cui un'analisi comparativa rispetto alla normativa svizzera risulterebbe poco attendibile e comunque complessa ed esulerebbe dai limiti posti al presente contributo. La Convenzione europea è, invece, direttamente applicabile in Svizzera e la Corte europea, nel caso citato, ha inteso pronunciare una sentenza di principio sul tema specifico dell'assistenza al suicidio.

<sup>32</sup> § 37 segg. della sentenza.

bile e ha portata assoluta. Addirittura la norma impone allo Stato non solo di astenersi dall'infliggere un simile trattamento ai suoi cittadini, bensì anche di adottare misure suscettibili di garantire il rispetto effettivo di tale diritto<sup>33</sup>. Tra queste, secondo la ricorrente, dovrebbe trovare posto perlomeno la facoltà di essere assistita da una terza persona al fine ultimo di prevenire la sofferenza e una situazione di decadimento fisico che inevitabilmente la patologia di cui essa soffre comporta. La Corte, dopo aver ricordato la propria giurisprudenza secondo cui, tra l'altro «La souffrance due à une maladie survenant naturellement, qu'elle soit physique ou mentale, peut relever de l'article 3 si elle se trouve ou risque de se trouver exacerbée par un traitement – que celui-ci résulte de conditions de détention, d'une expulsion ou d'autres mesures – dont les autorités peuvent être tenues pour responsables», ha prontamente ridimensionato la portata di tale principio riducendo apoditticamente la portata dell'art. 3 interpretandolo alla luce dell'art.2<sup>34</sup>.

Un altro argomento fondamentale<sup>35</sup> invocato dalla ricorrente era riferito all'art. 8 CEDU, che tutela la «vita privata», norma che comprende il diritto alla protezione dell'autodeterminazione dell'individuo e che, in linea di principio, si oppone alla facoltà dello Stato di ricorrere alle misure coercitive del diritto penale per precludere le persone contro le conseguenze, anche mortali, della libera scelta di uno stile di vita e di decisioni autonome quali quel-

---

<sup>33</sup> Sul tema controverso dalle cosiddette «obligations positives», cfr. MARCO BORGHI, La CEDH: un fondement pour des prestations positives de la part de l'Etat?, in Protection des droits fondamentaux en Europe. Quaderni svizzeri di integrazione europea, 2001, pag. 37 seg.

Cfr. inoltre, dal profilo del diritto penale, FRANCESCO BESTAGNO, Diritti umani e impunità.

Obblighi positivi degli Stati in materia penale, Milano 2003, in particolare pag. 120 seg.

<sup>34</sup> «L'article 3 doit être interprété en harmonie avec l'article 2, qui lui a toujours jusqu'ici été associé comme reflétant des valeurs fondamentales respectées par les sociétés démocratiques. Ainsi qu'il a été souligné ci-dessus, l'article 2 de la Convention consacre d'abord et avant tout une prohibition du recours à la force ou de tout autre comportement susceptible de provoquer le décès d'un être humain, et il ne confère nullement à l'individu un droit à exiger de l'Etat qu'il permette ou facilite son décès ... l'accomplissement de l'obligation positive invoquée en l'espèce n'entraînerait pas la suppression ou l'atténuation du dommage encouru (effet que peut avoir une mesure consistant, par exemple, à empêcher des organes publics ou des particuliers d'infliger des mauvais traitements ou à améliorer une situation ou des soins). Exiger de l'Etat qu'il accueille la demande, c'est l'obliger à cautionner des actes visant à interrompre la vie. Or pareille obligation ne peut être déduite de l'article 3 de la Convention» (§ 54).

<sup>35</sup> Altre censure, relative alla libertà di coscienza e di religione (art. 9 CEDU) e al principio di non discriminazione (art. 14 CEDU) sono state respinte con motivazione scarsa quanto opinabile (cfr. § 79 segg.). Esse posseggono comunque minore rilievo e pertinenza rispetto agli argomenti fondati sugli art. 3 e 8 CEDU.

la di rifiutare terapie suscettibili di salvare o almeno di prolungare la vita. Tuttavia, l'art. 8 CEDU non ha portata assoluta e può essere limitato dalla legislazione statale se la restrizione è «necessaria in una società democratica» (art. 8 § 2 CEDU). Così (ad onta del fatto che secondo la legislazione inglese il divieto dell'assistenza al suicidio non ammette alcuna eccezione e che nella fattispecie non era per niente dimostrato che la ricorrente fosse una persona bisognosa di protezione) la Corte ha ritenuto decisivo l'obbligo per lo Stato di proteggere le persone vulnerabili: «Sans doute l'état des personnes souffrant d'une maladie en phase terminale varie-t-il d'un cas à l'autre. Mais beaucoup de ces personnes sont vulnérables, et c'est la vulnérabilité de la catégorie qu'elles forment qui fournit la *ratio legis* de la disposition en cause. Il incombe au premier chef aux Etats d'apprécier le risque d'abus et les conséquences probables des abus éventuellement commis qu'impliquerait un assouplissement de l'interdiction générale du suicide assisté ou la création d'exceptions au principe. Il existe des risques manifestes d'abus, nonobstant les arguments développés quant à la possibilité de prévoir des garde-fous et des procédures protectrices»<sup>36</sup>.

È questo il perno della sentenza della Corte europea, mentre dalla stessa non può quindi essere evitto alcun argomento in favore della punibilità del suicidio assistito<sup>37</sup>.

### 3.2. Il diritto costituzionale svizzero

La recente revisione totale della Costituzione federale ha recepito formalmente sia il diritto al rispetto della vita privata (art. 13), sia la dignità umana (art. 7), sia la libertà personale, nonché il diritto alla vita (art. 10).

Per quanto attiene al tema qui dibattuto, punto di incontro nodale di queste disposizioni è, come nell'ambito della CEDU, da un lato il diritto all'autodeterminazione dell'individuo, che costituisce addirittura il fondamento della dignità umana<sup>38</sup> e, d'altro lato,

<sup>36</sup> § 74.

<sup>37</sup> «La requérante allègue que le fait de considérer que la Convention ne reconnaît pas un droit à mourir mettrait les pays qui autorisent le suicide assisté en infraction avec ledit instrument. La Cour n'a pas en l'espèce à chercher à déterminer si le droit dans tel ou tel autre pays méconnaît ou non l'obligation de protéger le droit à la vie.» (§ 41).

<sup>38</sup> MARCO BORGHI, L'immagine della morte in diritto pubblico, in L'immagine dell'uomo in diritto, Mélanges publiés par la Faculté de droit à l'occasion du centenaire de l'Université de Fribourg, Fribourg 1990, pag. 27 segg., pag. 32 e riferimenti.

il diritto alla vita che impone allo Stato di predisporre le misure atte a prevenire il rischio che le persone poste sotto la sua giurisdizione possano essere indotte al suicidio in assenza di una loro univoca, libera, ponderata volontà di porre fine alla propria vita. Anche la dottrina più recente riconosce a dette condizioni che la Costituzione protegge il diritto individuale di scegliere il momento e le modalità della propria morte<sup>39</sup>, ma rileva che «si l'ordre juridique peut contribuer à la recherche d'une solution adéquate aux graves problèmes qui se posent dans ce contexte, c'est au droit ordinaire plus qu'au droit constitutionnel que revient cette responsabilité»<sup>40</sup>.

Una posizione dottrinale estrema, ma non incoerente, ritiene che un elemento importante del diritto all'autodeterminazione è costituito dall'esigenza di assicurare la disponibilità di uno strumento sicuro<sup>41</sup> e indolore e, concretamente, include nel diritto al suicidio la facoltà di procurare – o procurarsi direttamente – una dose letale di «Natrium-Pentobarbital»<sup>42</sup>.

#### **4. Per l'adozione di una regolamentazione legislativa cantonale**

##### *4.1. Fondamento e competenza legislativa*

Come visto, d'un lato non è verosimilmente prevedibile una sostanziale riforma della normativa federale, d'altro lato sia la Convenzione europea, sia il diritto costituzionale impongono misure atte a proteggere la particolare vulnerabilità sociale e psicologica suscettibile di condizionare l'esercizio del diritto all'autodeterminazione della persona intenzionata a compiere un atto di estrema importanza – non solo personale ma anche giuridica – quale è il suicidio.

---

<sup>39</sup> Va ricordato che tale diritto non include la facoltà di esigere da terzi o da enti pubblici di essere assistito nell'attuazione concreta dell'intenzione suicidale (cfr. KLAUS PETER RIPPE/CHRISTIAN SCHWARZENEGGER/GEORG BOSSHARD/MARTIN KIESEWETTER, *Urteilsfähigkeit von Menschen mit psychischen Störungen und Suizidbeihilfe*, SJZ 101 (2005), pag. 53 segg., pag. 58).

<sup>40</sup> ANDREAS AUER/GIORGIO MALINVERNI/HOTTELIER MICHEL, *Droit constitutionnel suisse*, Volume II, *Les droits fondamentaux*, Berne 2000, pag. 145-146; cfr. anche JEAN-FRANÇOIS AUBERT/PASCAL MAHON, *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999*, Zurich 2003, pag. 107.

<sup>41</sup> Anche per i terzi involontariamente coinvolti: colpisce ad esempio la drammaticità della testimonianza dei ferrovieri, vittime frequentemente di un vero e proprio trauma psichico indelebile, cfr. *Le Temps* 26.5.2005, *Les cheminots et les voies du désespoir*, pag. 43.

<sup>42</sup> LUDWIG A. MINELLI, *Die EMRK schützt die Suizidfreiheit, wie antwortet darauf das schweizer Recht?*, in *PJA* 2004, pag. 491 segg., l'autore passa in rassegna tutti i diversi metodi evidenziandone i rischi, anche per terzi estranei.

La competenza del legislatore cantonale non può essere revocata in dubbio, perlomeno nei limiti in cui la regolamentazione d'un lato rientri nell'ambito delle attribuzioni cantonali originarie di diritto pubblico, perlomeno per quanto attiene ai settori sanitario, assistenziale<sup>43</sup> e ai compiti di polizia e prevenzione della criminalità, d'altro lato abbia per obiettivo non di limitare o ostacolare l'applicazione del diritto penale federale, bensì di assicurare la presenza dei presupposti per la sua attuazione, in particolare l'effettiva sussistenza della capacità di discernimento della persona intenzionata a suicidarsi, nonché la sua facoltà di resistere adeguatamente ad ogni forma di pressione e condizionamenti estranei alla propria autonoma e libera valutazione dell'opportunità di compiere il gesto fatale<sup>44</sup>. D'altronde, va rilevato che l'interpretazione storica dell'art. 115 CP induce a privilegiare un'interpretazione restrittiva della portata dell'effetto di depenalizzazione del suicidio assistito: i primi commentari esemplificano l'assenza di motivi egoistici sostanzialmente con l'intento di salvaguardare l'onore della persona che chiede l'assistenza al suicidio, sottraendola alla vergogna e al disonore<sup>45</sup>.

#### 4.2. *Forma e contenuto necessario*

La restrizione grave di un diritto costituzionale presuppone una chiara base legale formale. Tale è il caso di una restrizione del diritto di decidere il proprio suicidio e di farsi assistere da una persona a ciò disposta.

Il fatto che la persona intenzionata a suicidarsi sia ospite di una struttura residenziale pubblica<sup>46</sup> nulla muta al riguardo: in partico-

<sup>43</sup> Sull'obbligo dello Stato di fornire prestazioni sociali atte ad assicurare una qualità minima di vita e ad evitare che persone afflitte soprattutto da una situazione di degrado materiale siano indotte a togliersi la vita, cfr. BORGHI, *L'image ...*, cit., pag. 43 seg. e riferimenti. Tale obbligo è oggi esplicitamente previsto, nella forma di un diritto sociale giustiziabile, dall'art. 12 Cost.

<sup>44</sup> La dottrina evidenzia addirittura che in assenza della capacità di discernimento adeguata, l'art. 115 CP è semplicemente inapplicabile. CHRISTIAN SCHWARZENEGGER, *Basler Kommentar ad art. 115 CP*, pag. 66. Lo stesso autore evidenzia in particolare che se la piena capacità di discernimento è assente nel momento in cui avviene l'atto di assistenza al suicidio, sono applicabili gli art. 111 seg. CP, dall'omicidio intenzionale sino all'omicidio colposo (RIPPE e al., cit. pag. 81-83). Da notare che gli autori ritengono, in caso di dubbio (*post factum*) sulla capacità di discernimento della persona suicidatasi, che, in tal caso, il giudice penale dovrebbe applicare il principio *in dubio pro reo* (pag. 85), ciò che dimostra ulteriormente l'esigenza di imporre sul piano legislativo una preventiva perizia psichiatrica proprio per i casi in cui la capacità di discernimento non è immediatamente evidente.

<sup>45</sup> PAUL LOGOZ, *Commentaire du Code pénal, partie spéciale I*, pag. 22; ERNST HAFTER, *Schweizerisches Strafrecht*, pag. 27; cfr. anche supra nota 3.

<sup>46</sup> Una struttura privata può escludere tale eventualità che tuttavia deve essere evidenziata al momento dell'ammissione del paziente.



lare, in un simile caso, non è applicabile l'eccezione al principio di legalità che il Tribunale federale ha riconosciuto nel contesto dei cosiddetti rapporti di diritto speciale<sup>47</sup>. La restrizione deve inoltre perseguire un interesse pubblico e pertinente (e, secondo il principio di proporzionalità, essere indispensabile al fine del perseguimento di tale finalità). Tale è il caso, come visto, della vulnerabilità delle persone intenzionate a suicidarsi.

Punto centrale della regolamentazione deve pertanto essere costituito dall'approfondito accertamento medico<sup>48</sup> della loro capacità di discernimento<sup>49</sup> e dell'assenza di alternative proponibili o comunque del consapevole<sup>50</sup> rifiuto di esse e della persistenza di tale intenzione. Da questo punto di vista le strutture sociosanitarie appaiono particolarmente idonee a svolgere questa funzione<sup>51</sup>. Ciò vale non solo per le case per anziani, bensì, in linea di principio anche per le strutture ospedaliere, già in ragione dell'importanza dell'intervento medico nella valutazione del processo decisionale del paziente. Il criterio suggerito dalla dottrina<sup>52</sup> secondo cui il paziente degente in un ospedale possiede un proprio domicilio, non appare pertanto dirimente<sup>53</sup> anche perché un'esclusione

---

<sup>47</sup> DTF 111 la 231.

<sup>48</sup> Si veda la sentenza del Tribunale amministrativo del canton Zurigo 15 luglio 1999 (ZBI 2000 pag. 489-496), il commento di LUDWIG A. MINELLI e la replica di YVO HANGARTNER che sottolinea «Ein Arzt, der den Patienten nicht gesehen und untersucht hat, kann nun aber nicht davon ausgehen, dass überhaupt ein Sterbewunsch vorliegt (Frage der Zurechnungsfähigkeit und der eindeutigen Willensbildung und -äusserung) und, wenn ja, dass der Sterbewunsch tragfähig genug ist, um Beihilfe zur Selbsttötung zu rechtfertigen. Der Staat hat aber auf Grund des Rechts auf Leben eine Schutzpflicht zugunsten des Lebens der Menschen. Er erfüllt sie unter anderem dadurch, dass er nicht zulässt, dass ein Arzt Stoffe, zumal rezeptpflichtige Stoffe, verschreibt oder abgibt, ohne den Patienten untersucht und sich ein fachlich fundiertes Urteil gebildet zu haben» (in AJP 2000 ,pag. 474 segg., pag. 482).

<sup>49</sup> Va sottolineato che tale accertamento deve essere attuale, cioè effettuato in uno strettissimo lasso temporale intercorrente tra il compimento dell'autonomo processo decisionale e il compimento del suicidio assistito. In particolare va disattesa l'opinione (che sembra essersi apparentemente diffusa in alcune case per anziani ticinesi) secondo cui sarebbe sufficiente, in caso di scemata facoltà di discernimento al momento della richiesta, una disposizione scritta purché non sia anteriore di oltre 1 anno e accompagnata da una conferma da parte di un medico sulla facoltà di intendere e di volere riferita a quel momento. In una simile circostanza (diversamente da una semplice sospensione di terapia) la partecipazione al suicidio, rispettivamente l'omissione di impedirne l'attuazione da parte della direzione e del personale curante avente veste di garante, avrebbe rilevanza penale (cfr. JOSÉ HURTADO POZO, Droit pénal, Partie spéciale I, 3a edizione, pag. 54).

<sup>50</sup> Da non confondere con la valutazione dell'opportunità di esse, aspetto insindacabile da parte di un terzo.

<sup>51</sup> TOBIAS JAAC/MARKUS RÜSSLI, Sterbehilfe in staatlichen Spitälern, Kranken- und Altersheim, in ZBI 2001, pag. 113 segg., pag. 127/8.

<sup>52</sup> Idem.

<sup>53</sup> Già per l'argomento che appare molto labile il criterio del carattere straordinario o no di una struttura ospedaliera, si pensi ad esempio ai cosiddetti «lungodegenti» di un ospedale psichiatrico.

da una struttura stazionaria, fondata sull'intenzione del paziente di esercitare un proprio diritto, viola la Costituzione, non rispettando il principio di proporzionalità: se è vero infatti che un simile divieto è sostenuto da uno specifico interesse pubblico (la salvaguardia della finalità precipua della struttura assistenziale e il rispetto della sensibilità del personale di cura), occorre rilevare che l'esperienza dimostra l'idoneità di soluzioni alternative, suscettibili di creare «spazi morali diversi all'interno di una stessa istituzione»<sup>54</sup>, ciò che appunto impone il principio di proporzionalità e quello di uguaglianza<sup>55</sup>. D'altra parte la sensibilità del personale curante è protetta adeguatamente dall'obiezione di coscienza<sup>56</sup>, diritto costituzionale contrapponibile anche al diritto del paziente (art. 36 cpv. 2 Cost.). Infine, tale disponibilità delle strutture sociosanitarie, oltre a far beneficiare il degente dell'empatia e della professionalità del personale curante, permette a quest'ultimo di attivare in extremis risorse terapeutiche o sociali, facendo capo ai servizi assistenziali dello Stato. Beninteso, salvo il caso di incapacità di discernimento o di sussistenza delle condizioni per un collocamento coatto ai sensi della Legge sociopsichiatrica<sup>57</sup>, l'esistenza di alternative non permette di opporre tale circostanza alla decisione di compiere un suicidio validamente deciso secondo i principi suesposti. Ma appare evidente che l'obbligo di prevenzione e di assistenza che fino all'ultimo istante incombe ai dipendenti di strutture mediche e assistenziali è ben preferibile all'abbandono dell'assistito nelle mani di enti o singole persone che per *forma mentis* o vocazione spontanea fanno dell'assisten-

---

<sup>54</sup> L'assistance au suicide dans les établissements de soins. Avis de la Commission d'éthique de la Côte, in *Médecine&Hygiène*, 2416, 4 décembre 2002, pag. 2334.

<sup>55</sup> Appare infatti discriminatorio trattare in modo uguale da un lato persone inserite in un contesto familiare e sociale in grado di offrire loro un'accoglienza adeguata e comunque in grado di scegliere la soluzione più confacente alla propria e alla loro sensibilità e d'altro lato persone che hanno perso ogni autonomia e relazione sociale e sono costrette ad affidarsi alla (eventuale) disponibilità di estranei chiamati a trasportarle in uno squallido, anonimo, improvvisato locale. Il diritto ad una morte conforme alla dignità umana non può prescindere dall'esigenza di assicurare un diritto alla determinazione della «Sterbeumgebung», perlomeno nei limiti di quanto sia ragionevolmente attuabile sul piano economico e strutturale (cfr. BORGHI, *L'image ...*, cit., pag. 47).

<sup>56</sup> Per questo motivo, se l'obbligo imposto al personale curante di partecipare ad un suicidio assistito non è giuridicamente concepibile, sproporzionato appare il divieto assoluto ad esso imposto di partecipare ad un suicidio assistito, fermo restando ovviamente che un simile atto dovrebbe avvenire in un contesto caratterizzato da un'assoluta trasparenza.

<sup>57</sup> Per un caso di collocamento destinato ad evitare l'intervento di un'associazione di assistenza alla morte e la reiezione di un'istanza di promozione dell'accusa di coazione e sequestro di persona, cfr. RDAT II-2004 N. 8.

za al suicidio una pericolosa, comunque acritica se non dogmatica, missione. Anzi, già quest'ultima sola considerazione permette di giustificare l'esigenza di sottoporre a sorveglianza associazioni che addirittura potrebbero pubblicamente fare impunemente del proselitismo (l'istigazione al suicidio non è punibile se non avviene per motivi egoistici, ma, come visto, il legislatore, al momento dell'adozione dell'art. 115 CP, certo non poteva immaginare una simile istituzionalizzazione privata di tali comportamenti).

Particolarmente spinosa è la questione dell'ammissibilità del suicidio assistito delle persone sofferenti di una grave malattia psichica. Se non è controverso il fatto che esso non è ipotizzabile nel caso l'intenzione suicidale sia l'effetto diretto, il sintomo di una malattia psichiatrica, la tesi secondo cui la diagnosi di una qualsiasi malattia psichica escluderebbe la possibilità di procedere ad un suicidio assistito, salvo il caso in cui la causa dell'intento suicidale sia una grave malattia organica<sup>58</sup> appare contraddittoria (perché evidentemente la malattia organica non corregge di per sé l'assenza di capacità di discernimento) e non pertinente, effetto di uno stereotipo che discrimina ingiustificatamente il malato mentale rispetto alle persone sofferenti di malattie organiche. Vero è che la presenza di un'affezione psichiatrica rende il malato psichico più vulnerabile e dunque maggiormente bisognoso di protezione, ma tale circostanza non permette di escluderlo da un suo diritto costituzionale, dato che, conformemente al principio di proporzionalità, è possibile adottare misure meno restrittive, in particolare un rigoroso, specialistico accertamento peritale. Infatti, la capacità di discernimento non può essere esclusa a priori per una persona sofferente di una malattia psichiatrica<sup>59</sup>; anzi, semmai, proprio il ragionevole dubbio, sostenuto dai fautori di un approccio restrittivo al suicidio, che, nella maggior parte dei casi, spesso sia il frutto di una turba psichica, conforta l'esigenza di generalizzare l'imposizione di una perizia atta a verificare il carattere autonomo, durevole e consapevole della decisione di ogni persona intenzionata ad essere assistita all'attuazione di un tale gesto estremo.

---

<sup>58</sup> Quarta tesi della Commissione nazionale di etica, cit. Altrettanto vale per i minorenni, tenuto conto in particolare dell'art. 11 Cost. che prevede che essi esercitano autonomamente i loro diritti nella misura in cui sono capaci di discernimento.

<sup>59</sup> RIPPE e al., cit., pag. 59 seg.

## 5. Conclusione

Il diritto al suicidio è un'espressione dei diritti dell'uomo ed è garantito dalla CEDU e dalla Costituzione, tuttavia incombe allo Stato l'obbligo di tutelare il diritto costituzionale alla vita e di proteggere contro sé stesse le persone particolarmente vulnerabili. Il diritto penale svizzero non reprime né l'assistenza né l'istigazione al suicidio se tali atti non avvengono per motivi egoistici; tuttavia il rischio di diffusione di pratiche abusive rispetto alla originaria volontà del legislatore federale (rischio ingenerato in particolare dall'autonoma attività di associazioni che ideologicamente propugnano e attuano l'assistenza al suicidio) impone allo Stato l'obbligo di adottare un sistema normativo restrittivo.

Stante d'un lato l'*impasse* legislativa in cui langue il Parlamento federale, d'altro lato la nascita di sporadiche e talvolta incongruenti regolamentazioni autonome di singoli istituti assistenziali, appare opportuno che il legislatore cantonale, precipuamente competente in tale ambito, adotti principi restrittivi, intesi in particolare a garantire la verifica della capacità di discernimento della persona intenzionata a suicidarsi (verifica che deve essere effettuata nel momento in cui l'atto è per essere compiuto) e della consapevolezza che tale intenzione è irrevocabile e meditata tenendo conto di tutte le risorse sociali o terapeutiche alternative disponibili.

Adempiute dette condizioni, il diritto costituzionale di decidere il momento della propria morte include anche quello di determinarne le modalità, in specie quello di far capo a prodotti che assicurano con certezza una morte sicura e indolore, in un contesto decoroso, suscettibile altresì di rispettare la sensibilità dell'*entourage*.

Non esiste un diritto sociale ad ottenere dallo Stato la messa a disposizione di strumenti e persone al fine di prestare assistenza al suicidio; ciononostante, il contestuale obbligo di prevenire abusi, di favorire ogni possibilità alternativa al suicidio, di intervenire se necessario con provvedimenti coatti nel caso i (dirimenti) presupposti summenzionati non siano dati e di assicurare la disponibilità ed il corretto uso di prodotti stupefacenti, nonché il fatto che frequentemente e tipicamente la domanda di suicidio sia espressa in un contesto terapeutico, sovente in una struttura stazionaria,

impongono un'accresciuta responsabilizzazione anche in questo settore dell'unica categoria professionale il cui statuto offre garanzie deontologiche o di professionalità atte a rispondere a tutti i requisiti summenzionati: nell'ovvio rispetto assoluto del diritto all'obiezione di coscienza, il medico (lo psichiatra in caso di malattia psichica) è lo strumento più idoneo ai fini dell'esecuzione del compito statale di prevenzione della vulnerabilità del suicidale e allo svolgimento dei compiti summenzionati. Inoltre, non vi è necessariamente soluzione di continuità, vi è anzi coerenza tra l'attività terapeutica *stricto sensu* e l'assistenza all'ultimo gesto della persona intenzionata a por fine ai suoi giorni: la coerenza dell'empatia di un'intima relazione terapeutica.

Pertanto, la legislazione cantonale dovrebbe, perlomeno, da un lato imporre l'accertamento medico, eventualmente psichiatrico, della capacità di discernimento e degli altri summenzionati presupposti legittimanti l'assistenza al suicidio e d'altro lato autorizzare il medico anche sul piano deontologico<sup>60</sup> a partecipare all'ultimo definitivo atto, non necessariamente solo per i malati terminali.

Infine, viola la Costituzione il divieto di attuare il suicidio assistito in strutture stazionarie, anche ospedaliere, pubbliche; in tale ambito va tuttavia rispettato con particolare rigore l'obbligo di verificare la sussistenza dei presupposti che ne autorizzano l'esecuzione e di assicurare un contesto protetto, affidabile e dignitoso.

---

<sup>60</sup> Va ricordato che il medico che non dissuade il proprio paziente dall'intenzione di suicidarsi non è imputabile di omicidio per omissione (sempreché, naturalmente, la persona sia capace di discernimento, la partecipazione al suicidio essendo retta esaustivamente dall'art. 115 CP), cfr. CASSANI, cit., pag. 88.

## **L'eutanasia e il suicidio assistito: approccio etico-teologico**

*Dr. theol., Dr. med. André Marie Jerumanis, Facoltà di teologia di Lugano, Membro della Commissione di bioetica della Conferenza dei vescovi svizzeri*

La cultura contemporanea riporta in primo piano il malato come soggetto e protagonista della sua malattia. Prevale la tendenza a ritenere legittimo un intervento purché esplicitamente consentito da parte del paziente. La sua volontà diventa legge suprema e criterio essenziale di bontà etica. Secondo una certa visione laica il primo titolare della vita è l'uomo stesso. La visione religiosa ritiene invece che la vita è un dono di Dio e come tale appartiene solo a Lui che può riprendersela; quindi ogni deliberata soppressione della vita è offesa a Dio. Per la maggior parte delle religioni, anzi, non solo non è consentito far morire altri, ma neppure porre termine alla propria vita biologica anch'essa segno di un'alterità, in qualche modo misteriosa rispetto alla volontà della soggettività cosciente<sup>1</sup>. Nell'approccio etico-teologico prevale il principio

---

<sup>1</sup> Nell'*Ebraismo*: opposizione all'eutanasia attiva e al suicidio assistito nell'ebraismo ortodosso e conservatore; accettazione limitata ad alcuni autori riformati, per pazienti in stato terminale affetti da dolori insopportabili. Nell'*Islam* ogni forma di uccisione diretta, anche pietosa, è contraria alla volontà divina e, come tale, proibita. Non esiste immunità per il medico che unilateralmente e attivamente decida di aiutare un paziente a morire. Nel *Buddismo* generalmente l'eutanasia attiva e il suicidio medicalmente assistito sono sconsigliati, in quanto comportano una dimensione di azione violenta ed innaturale, nonché una riduzione della coscienza del paziente al momento della morte. Nell'*Induismo*, la posizione tradizionale considera illegittimo l'eutanasia attiva e il suicidio assistito. Nel *Cristianesimo cattolico*, prevale una netta opposizione. I vescovi svizzeri: "a causa della sua somiglianza con l'omicidio su domanda, rifiutano categoricamente l'aiuto al suicidio". Nel *Protestantesimo*: opposizione nel mondo evangelico ed in buona parte delle chiese storiche. Atteggiamento più positivo, ma generalmente sotto condizioni restrittive, da parte di teologi o chiese di matrice riformata (es. riformati olandesi e valdesi italiani). Nell'*Ortodossia*: netta opposizione.

della sacralità della vita. A prima vista la risposta alla questione dell'eutanasia e del suicidio assistito sembra ridursi ad essere una questione di prospettive: in favore dell'eutanasia se siamo per un'etica autonoma fondata sulla ragione o contraria se ci riferiamo all'etica teologica. Tuttavia la soluzione non è così semplice. Un'attenta considerazione degli argomenti razionali ci permette di entrare in dialogo con le diverse posizioni. Esaminiamo i diversi argomenti dal punto di vista della ragione.

## **1. Ragioni a favore: principio di autodeterminazione**

### *1.1. Argomento liberale dell'autonomia: rispetto del desiderio di morire*

L'approccio liberale è il più ampiamente rappresentato nella bioetica contemporanea. Questa prospettiva si incentra sul principio dell'autodeterminazione. Non c'è dubbio che nel contesto della cultura contemporanea l'attenzione all'autonomia porta ad argomentare a favore del rispetto del desiderio di morire. Si tratta della prospettiva liberale per la quale proviamo nella nostra cultura Occidentale quasi naturalmente molto simpatia. "L'argomento liberale per l'eutanasia si incentra sull'autodeterminazione, intesa come l'interesse delle persone a prendere da sé le decisioni che danno forma alla propria vita e a decidere in base ai propri fini e valori; riconoscere il valore dell'autodeterminazione implica rispettare le scelte libere e informate che la esprimano"<sup>2</sup>. E come lo afferma ancora Reichlin "Questo argomento liberale costituisce probabilmente il modo più diffuso per sostenere la liceità dell'eutanasia e sembra godere di un crescente consenso"<sup>3</sup>. Ricordiamo che è proprio il principio dell'autonomia che costituisce il fondamento del modello di bioetica proposto da Childress e Beauchamps.

### *1.2. Principio di beneficenza: dovere di assistenza*

Inoltre si ricorre anche ad un altro principio importante della bioetica: il principio di beneficenza o della qualità della vita.

---

<sup>2</sup> M. REICHLIN, M., *L'etica e la buona morte*, Torino 2002, 111.

<sup>3</sup> *Ibid.*, 112.

L'argomento utilitarista in favore dell'eutanasia si concentra su questo principio. In tal modo il suicidio assistito appare come un atto di pietà voluto ad alleviare un'insopportabile e indegna sofferenza umana. Nell'opinione pubblica è spesso l'argomento della compassione per la sofferenza dell'altro che sembra creare una certa simpatia. Non si tratta solo di compassione ma anche di progettarsi nella situazione dell'altro. "Io non potrei soffrire come lui. Deve dunque esistere un'altra soluzione pure radicale".

### 1.3. *Il suicidio come diritto umano fondamentale*

Secondo Margaret Battin la visione liberale implica addirittura il diritto morale di disporre della propria vita. Il suicidio deve essere considerato un diritto fondamentale, come lo è il diritto alla vita o alla libertà. Infatti questo autore pensa che in certe circostanze, il suicidio è costitutivo della dignità umana<sup>4</sup>.

### 1.4. *L'etica post-moderna e il pluralismo etico*

Alcuni affermano l'impossibilità di proporre un solo modello etico. Vivendo oggi nell'epoca post-moderna marcata dal pensiero debole, occorre accettare il fallimento del progetto illuministico di una morale secolare. Così per esempio "l'etica secolare di Engelhard prende atto del fallimento di ogni prospettiva morale sostantiva e giustifica le conclusioni liberali solo dal punto di vista procedurale"<sup>5</sup>. Di conseguenza: "Per la bioetica secolare l'unica strada per risolvere le controversie morali consiste nel rinunciare all'uso della forza e negoziare pacificamente procedure di collaborazione"<sup>6</sup>. L'autorità morale nasce solo dal consenso non dal contenuto. In questa linea, il divieto del suicidio assistito e dell'eutanasia è il risultato di un consenso superato del passato. È dunque necessario contestualizzare l'etica tenendo conto del cambiamento culturale. Un nuovo consenso s'impone che aprirebbe la porta all'eutanasia e al suicidio assistito. È importante notificare che tutte le argomentazioni in favore dell'eutanasia fanno loro il presupposto della neutralità dello Stato rispetto alle visioni del bene.

---

<sup>4</sup> Cfr. *Ibid.* 121.

<sup>5</sup> *Ibid.*, 126.

<sup>6</sup> *Ibid.*, 127.



### 1.5. Evitare il vuoto giuridico

Per garantire i diritti di ciascuno ed evitare diverse derive, è necessario un ordinamento giuridico ben preciso nel rispetto dell'autonomia della persone coinvolte. Così per esempio, alcuni potrebbero ragionare in favore del Suicidio assistito in questo modo: "Benché in una società liberale nessuno possa essere obbligato a collaborare al suicidio di un altro e si debba riconoscere al medico il diritto di non agire in contrasto con la propria concezione degli obblighi professionali, la legge dovrebbe garantire a chi non abbia opinioni morali contrarie la libertà di collaborare, pur nel rispetto di precise garanzie procedurali"<sup>7</sup>

## 2. Ragioni contrarie: gli argomenti deontologici e consequenzialisti

### 2.1. Intuitiva priorità della norma "non uccidere"

"Uccidere di per sé è moralmente sbagliato" a prescindere dalle sue conseguenze nelle diverse circostanze. Questo tipo di argomentazione si definisce "deontologico". Essa si fonda sull'esistenza di atti intrinsecamente contrari alla natura stessa dell'uomo in quanto uomo. Ogni essere razionale è capace di riconoscere la validità di questo principio. Si insiste sull'autoevidenza dell'affermazione della norma del non uccidere.

### 2.2. Un rapporto sbagliato con la nostra mortalità

Autori come D. Callahan propongono di ripensare la bioetica in chiave "comunitaria"<sup>8</sup>. In realtà l'eutanasia e il suicidio assistito non sono atti di autodeterminazione individuale ma implicano per definizione la partecipazione di altri e hanno dunque una dimensione essenzialmente sociale<sup>9</sup>. Di conseguenza in tale ottica "porre nelle mani di un individuo un potere assoluto sulla vita di un altro è incompatibile con il rispetto della dignità umana di entrambi"<sup>10</sup>.

---

<sup>7</sup> *Ibid.*, 111.

<sup>8</sup> D. CALLAHAN, *Communitarian bioethics: a pious hope?*, in "The Responsive Community", VI (1996), n. 4, 26-33.

<sup>9</sup> Cfr. M. REICHLIN, *Op. cit.*, 140.

<sup>10</sup> *Ibid.*, 143.

### 2.3. *Incompatibilità tra l'aiuto a morire e la professione medica*

Il filosofo H. Jonas afferma che "in nessun caso, fosse anche su richiesta del soggetto, si può attribuire al medico il ruolo di datore di morte"<sup>11</sup>. (cfr. tradizione ippocratica). Questa prospettiva insiste che "In tutto ciò che fa, il medico deve agire per il bene del paziente, deve ricercare quell'integrità umana, psicofisica, che ne costituisce la condizione di benessere ideale"<sup>12</sup>. Secondo E. Schockenhoff si rischia una perdita di fiducia nel corpo medico: "Rendere il medico responsabile di una morte rapida e 'efficiente' del suo paziente, al di là delle sue possibilità terapeutiche e sedative, significherebbe non solo chiedergli troppo, ma significherebbe anche fare perdere a lungo andare agli uomini la fiducia nelle istituzioni mediche della società"<sup>13</sup>.

### 2.4. *Fenomeno del contagio*

In una prospettiva relazionale della bioetica, alcuni insistono che non è da sottovalutare il fenomeno del contagio<sup>14</sup>. L'impatto del suicidio sulla società è provato. Non si può negare il fattore di demotivazione su coloro che si trovano confrontati con gravi difficoltà.

### 2.5. *Banalizzazione della morte*

Il rischio di banalizzazione della morte all'interno di una casa per anziani rischia di portare a delle derive nel trattare i malati terminali da parte del personale e della società in generale.

Nel contesto di una società prevalentemente utilitaristica la persona anziana rischia una spersonalizzazione sempre più accentuata. In un tale contesto la persona anziana possiede un valore sociale sminuito che mette a rischio la sua dignità in modo che la situazione dell'anziano non può essere che di emarginazione e di inutilità.

### 2.6. *Rischio di scivolamento*

Alcuni sono molto sensibili nella loro argomentazione contro la legalizzazione dell'eutanasia ed evidenziano il rischio che vi si

---

<sup>11</sup> H. JONAS, *Tecnica, medicina ed etica. Prassi del principio di responsabilità*, Torino 1997, 196.

<sup>12</sup> M. REICHLIN, *Op. cit.*, 146.

<sup>13</sup> E. SCHOCKENHOFF, *Etica della vita. Un compendio teologico*, Brescia 1997, 205.

<sup>14</sup> Cfr. Documenti Vescovi Svizzeri, Note pastorali n° 9, *Morire con dignità*, 2002.

ricorra in assenza di un valido consenso sottolineando l'esistenza di pressioni esplicite e implicite che circondano il malato nel prendere una decisione in favore della morte. Si rischia di fare entrare nella normalità l'eutanasia detta "sociale": "è una delle minacce dell'economia che volesse ubbidire soltanto al criterio dei costi-benefici"<sup>15</sup>.

Non si può non considerare il rapporto del "Comitato Rimmelink" del 1991 sulla valutazione dell'eutanasia in Olanda che rivela che su 2300 casi di eutanasia esistono circa 1000 casi di eutanasia senza una esplicita richiesta del paziente. E D'Agostino ad esprimere una domanda pertinente a proposito di questo dato statistico: «Non riesco da giurista a capire come si possa partire da un'affermazione così chiara quale 'l'eutanasia è un omaggio all'autonomia volontà del paziente' per poi scivolare con tanta immediatezza in quella seconda in cui esistono però situazioni in cui il dolore è inevitabile e bisogna praticare l'eutanasia come normale pratica professionale. E ciò in 1.000 casi su 2.300"<sup>16</sup>.

### 3. Ripresa critica. Aiutare a morire o nel morire?

#### 3.1. Dimensione sociale del morire

Ci sembra importante sottolineare che "il modo in cui la tesi liberale traccia la separazione tra sfera pubblica e sfera privata è quantomeno discutibile...il riconoscimento del diritto all'eutanasia o al suicidio assistito si distingue dalla pura e semplice libertà di suicidarsi perché implica la partecipazione di una serie di figure professionali e di strutture pubbliche deputate a fornire servizi assistenziali all'intera cittadinanza"<sup>17</sup>. Occorre meditare con attenzione la dimensione sociale del morire, gravida di importanti conseguenze anche per la riflessione etica<sup>18</sup>. «L'eutanasia, al contrario – come il suicidio assistito – è sempre, per definizione, un atto interpersonale, che, accanto al morente, coinvolge altri – principalmente medici od operatori sanitari, o eventualmente parenti o

<sup>15</sup> E. SGRECCIA, *Manuale di bioetica. I. Fondamenti ed etica biomedica*, Milano 1994, 635.

<sup>16</sup> F. D'AGOSTINO, *Non è di una legge che abbiamo bisogno*, in S. SEMPLICI, (a cura di), *Il diritto di morire bene*, Bologna 2002, 33.

<sup>17</sup> M. REICHLIN, *Op. cit.*, 113.

<sup>18</sup> S. MORANDINI, in S. MORANDINI, R. PEGORARO (a cura di), *Alla fine della vita: religioni e bioetica*, Padova 2003, 341

amici»<sup>19</sup>. Dunque «non esiste un diritto personale al suicidio : non si dà alcun titolo in base al quale io potrei esigere da altri una violazione della mia integrità fisica... Si tratta di un punto qualificante, sul quale sembra difficile invocare il pluralismo o la mera tolleranza»<sup>20</sup>. Come richiede il principio della relazionalità è necessario andare oltre l'etica dell'autonomia. L'identità della persona è dialogale<sup>21</sup>. Morandini ne trae una conseguenza: «La stessa riflessione etico-giuridica sull'eutanasia dovrà prendere in considerazione tutto quel tessuto di relazioni che è costitutivo della convivenza civile e nel quale si colloca anche il vissuto del singolo paziente»<sup>22</sup>

### 3.2. Validità del divieto di uccidere

Il divieto di uccidere «sembra porsi ormai come elemento qualificante per la convivenza in uno stato di diritto: la proibizione di violare l'altro nella sua corporeità si colloca tra gli elementi costitutivi del diritto moderno. In effetti, prima ancora che la tutela del pluralismo delle opinioni dei diversi soggetti, è proprio la protezione della loro vita contro la reciproca violenza che la modernità ha individuato come obiettivo primario delle istituzioni pubbliche»<sup>23</sup>. Reichlin giustamente mette in evidenza che «esiste un'incidenza sociale delle scelte di fondo operate dal diritto. Non è vero che si può ammettere l'eutanasia e nel contempo attendersi dalla strutture sanitarie il massimo sforzo per il sostegno del malato. Il diritto è un importantissimo fattore orientativo dei comportamenti»<sup>24</sup> e se lancia il messaggio che l'eutanasia è possibile si rischia di generare l'idea che l'eutanasia è la soluzione più adeguata socialmente con una relativizzazione del valore della vita dei malati gravi e degli handicappati.

### 3.3. Per una laicità aperta oltre il laicismo

Pare molto riduttiva la posizione "laicista" che attribuisce solo un

---

<sup>19</sup> *Ibid.*, 359.

<sup>20</sup> *Ibid.*, 361.

<sup>21</sup> Cf. A.-M. JERUMANIS, *La bioetica alla prova dell'identità relazionale dell'uomo*, in *RTLu VIII* (2/2003), 289-315.

<sup>22</sup> S. MORANDINI, *Op. cit.*, 365.

<sup>23</sup> *Ibid.*, 362.

<sup>24</sup> L. EUSEBI, *Il nodo dell'eutanasia*, in C. VIAFORA (a cura di), *Quando morire. Bioetica e diritto nel dibattito sull'eutanasia*, Padova 1996, 238.

fondamento religioso all'opposizione all'eutanasia, perché «quella centralità etica degli esseri umani – di tutti gli umani –, che viene affermata con tanta forza nei diversi universi religiosi, possa senz'altro essere sostenuta anche indipendentemente da essi»<sup>25</sup>. Può lo Stato rimanere neutro quando è in gioco la vita stessa dell'uomo e accontentarsi di un approccio solo procedurale per risolvere la questione della vita umana all'inizio come alla fine? La democrazia non può solo essere procedurale e considerare il relativismo etico come necessario ad essa stessa perché «una democrazia senza valori si converte facilmente in un totalitarismo aperto oppure subdolo, come dimostra la storia»<sup>26</sup>.

#### 3.4. *Quale compassione?*

Una giusta etica della compassione richiede di trovare delle risposte "umane", "interpersonali" di cura, di vicinanza che aiutino l'altro a rimanere qualcuno nella sua solitudine e a non abdicare. Aiutare a vivere la morte nella logica del dono di sé, nel pieno rispetto di se stesso e degli altri. Nell'autentica logica della tenerezza la vita è un dono prezioso che non posso viver per me stesso e nessun uomo può vivere per sé. L'essere umano è un essere di comunione.

#### 3.5. *Quale è la soluzione più umana e più giusta?*

Non basta riferirsi solo al principio dell'autonomia o della mera tolleranza e accontentarsi di un approccio contrattualista per rivendicare il diritto all'eutanasia. Bisognerà sempre chiedersi se l'eutanasia promuova veramente la libertà dei moribondi e offra una soluzione giusta al problema di una morte dignitosa che non metta in pericolo la vita dei più deboli non solo nella società odierna ma anche per le generazioni future applicando il famoso principio della responsabilità promosso da H. Jonas. A nostro parere il principio kantiano secondo il quale "il fine non giustifica il mezzo" resta valido.

#### 3.6. *Aiutare a morire o aiutare nel morire?*

Un vero aiuto a morire è educazione alla morte come atto di

---

<sup>25</sup> *Ibid.*, 381.

<sup>26</sup> GIOVANNI PAOLO II, *Centesimus annus* 46.

compimento, di affidamento. Accettare l'eutanasia o il suicidio assistito significa entrare in un logica di disperazione. Indurre gli altri ad entrare nella mia disperazione è come indurre altri a rifiutare la vita. Nell'atto di eutanasia o di collaborazione all'eutanasia c'è qualcosa della mia stessa umanità che muore in quanto ogni essere umano è chiamato ad amare donando la vita e non la morte. La disperazione dell'altro è un invito a stargli accanto per aiutarlo nel morire. La vita è un mistero, la morte è un mistero. L'essere umano entra nel mondo senza la sua volontà. Esiste sotto la forma del riceversi: l'essere umano è figlio. Esiste anche per donarsi. Alla fine della vita il suo passaggio verso l'altra dimensione deve rimanere sottratto dal suo potere. In questo consiste la sua dignità. L'etica teologica permette certamente di capirlo meglio. Ma non solo. Una riflessione sull'uomo rivela che c'è nella sua esistenza qualcosa che lo trascende, che non gli appartiene. E che gli fa rispettare ogni essere umano. Queste mie riflessioni conclusive vorrebbero aiutare a riflettere attraverso una logica più sapienziale che desidera entrare in dialogo con questo movimento a favore dell'eutanasia che – a mio modo di vedere – sta per attraversare il Rubicone...

## **I suicidio assistito in ambito ospedaliero: i dubbi e le certezze dal punto di vista infermieristico**

*Inf. Msc Yvonne Willems-Cavalli, Membro COMEC*

Parlare delle decisioni nella fase terminale della vita è un tema ostico, come in generale non è facile parlare della morte non solo per le emozioni che suscita, ma soprattutto per la sua radicalità esistenziale. Non sorprende perciò che molto spesso si cerchi di rimuoverla. Quante volte p.es. sentiamo dire anche quando la fine è ormai evidentemente vicina: "La situazione non è poi così grave, abbiamo ancora molte possibilità terapeutiche".

Qualche volta però la morte può diventare anche un problema, perché si fa aspettare a lungo, troppo a lungo...

Il tutto diventa ancora più difficile se in questa situazione siamo confrontati con il desiderio inequivocabile del paziente, che vorrebbe porre fine ad una vita diventata insopportabile e ormai priva di dignità: una richiesta quindi di suicidio assistito di un'eutanasia. Come curanti siamo perciò confrontati al caso estremo dell'accompagnamento alla morte.

Vorrei soffermarmi dapprima sull'eutanasia, sia perché la maggior parte dei paesi (contrariamente alla CH) non fanno differenza alcuna tra suicidio assistito e eutanasia, sia soprattutto perché quest'ultima rappresenta un dilemma etico estremo, che proprio per la sua radicalità ci obbliga a chiarire bene i termini del problema, ciò che può poi aiutarci a capire come affrontare situazioni simili, ma forse meno drastiche.

In queste situazioni si può perdere facilmente l'orientamento: per me la bussola di cui abbiamo bisogno non può essere che il rispetto dei desideri più intimi del paziente. Ciò mi porta ad allungare

un po' il discorso teorico. Nel nostro secolo le concezioni etiche sono state influenzate da diversi movimenti religiosi, politici e culturali, e quindi oggi, contrariamente a quanto avveniva nel passato, è praticamente impossibile far riferimento ad una sola etica dominante. L'evoluzione della società si orienta sempre più verso una società pluralistica, ed è quindi logico che diversi sistemi etici devono coesistere. Questa non è un'osservazione accademica ma piuttosto qualcosa che influenza profondamente il nostro lavoro quotidiano. Prima di tutto dobbiamo capire che stando così le cose, noi infermiere (ma questo vale anche per i medici) non abbiamo più l'obbligo di ricercare "l'etica migliore", in modo da sapere quali sono le regole che dobbiamo seguire, ma bensì l'obbligo di rispettare il codice etico proprio di ogni paziente, soprattutto quando si devono prendere decisioni importanti concernenti la sua salute o addirittura la sua vita. Ciò vale naturalmente in modo esemplare per l'eutanasia o per il suicidio assistito, di cui vi riporto ora le rispettive definizioni olandesi.

*"L'eutanasia è l'azione volontaria per porre fine alla vita del paziente da parte di un medico e ciò per arrestare sofferenze insopportabili ed insensate, può avvenire solo su richiesta esplicita del paziente."*

Il suicidio assistito è l'assistenza medica all'azione volontaria per porre fine alla vita del paziente da parte del paziente stesso e ciò per arrestare sofferenze insopportabili ed insensate, può avvenire solo su richiesta esplicita del paziente"

In Olanda l'assistenza al suicidio è permessa solo ai medici, in Svizzera l'eutanasia è punibile, mentre l'assistenza al suicidio è permessa a tutti. In Olanda i criteri di non punibilità sono gli stessi per entrambe le situazioni:

- una malattia incurabile,
- è stato espresso chiaramente e ripetutamente il desiderio di morire,
- sofferenze prolungate e insopportabili senza speranza di miglioramento,
- il medico ha consultato un secondo collega,
- il tutto viene protocollato, nero su bianco, sin dall'inizio,
- il caso viene annunciato al procuratore.



La particolare situazione svizzera fa sì che spesso si spaccino per assistenza al suicidio atti che tutto il resto del mondo considera già eutanasia attiva. Esiste inoltre un'enorme zona grigia in cui avviene di tutto e di cui poco si sa. Dove mettiamo per esempio la cosiddetta "sedazione" nella fase terminale, di cui si fa spesso uso e con la quale ho un rapporto molto ambivalente?

Vi illustro come l'ho vissuta l'ultima volta: nel il rapporto delle ore 07.00 mi è stato riferito che il paziente durante la sera precedente "ha iniziato l'infusione con dormicum e haldol".

Sicuramente un po' troppo emozionalmente, ho commentato: "Spero che quando io sarò in quella situazione mi domanderete il permesso prima di sedarmi..."

Cosa volevo dire? Quali sentimenti nascondevo? Sicuramente angoscia, paura di perdere la mia autonomia come futuro paziente, anche se so che come team curante o come familiari dobbiamo evitare di proiettare nel paziente le nostre ansie personali, come so anche che diversi studi hanno dimostrato che spesso le aspettative del paziente e del team curante divergono di molto.

La sedazione in fin di vita viene data per alleviare "il peso" di sintomi refrattari quali il dolore, la dispnea, l'agitazione e la nausea. Spesso questi sintomi aumentano nella fase terminale ad è perciò "normale" un impiego più massiccio di sedativi per alleviare sintomi intrattabili: meno accettato è invece l'uso della cosiddetta "sedazione terminale", anche perché non c'è consenso sulle indicazioni cliniche, la chiarezza dell'intento e le varie situazioni contestuali. (Sales). (Higginson and McCarthey, 1989; Coyle et al, 1990).

Per la nostra realtà è secondo me più importante domandarci se la decisione di mettere dormicum e haldol ad alto dosaggio nell'infusione del paziente in fin di vita, viene sempre presa con coscienza. Le seguenti domande potrebbero aiutarci:

- È stata considerata la volontà del paziente?
- Non preferiva rimanere cosciente fino all'ultimo momento?
- Ha deciso il team, il medico o la famiglia?

Se non vogliamo perdere la bussola, come secondo me spesso avviene nei casi di sedazione terminale, dobbiamo ritornare al principio della "volontà esplicita del paziente".

È sicuramente vero, come è stato spesso detto anche nell'ambito della Comec, che i pazienti terminali, soprattutto nell'ambiente

ospedaliero, diventano fragili e che perciò il loro grado di possibile autonomia ne può venir ridotto.

Ma proprio una concezione moderna ed olistica della medicina e delle cure infermieristiche dovrebbe poter ovviare questo problema. Noi non dobbiamo solo eseguire atti tecnici, ma soprattutto aiutare il paziente a risolvere i suoi problemi emozionali, sociali, finanziari e psicologici in modo da consentirgli di essere autonomo nella sue decisioni il più a lungo possibile.

Decisioni nella fase terminale: domande che il team deve porsi  
Il processo d'accompagnamento alla morte non può mai essere affrontato da una singola persona, ma bensì dal team medico ed infermieristico.

Importante è capire in cosa consiste il processo decisionale nel caso di **tutte** le decisioni nella fase terminale della vita. Soprattutto in ambiente ospedaliero, dove spesso la comunicazione tra medici e infermieri è inadeguata, la presa di decisioni a sfondo etico è un processo complesso, che richiede oltre a chiare direttive, il rispetto reciproco, una filosofia di cura comune e la volontà di imparare dalle esperienze precedenti.

In situazioni così delicate è ancora più importante che tra medici e infermieri vengano chiarite le competenze e le responsabilità per evitare conflitti e per permettere ad ogni curante di esercitare eventualmente il suo diritto a dissentire.

A questo proposito vi illustro le linee guida sviluppate assieme da medici e infermieri in Olanda. Queste linee guida

- contengono chiare definizioni di vari concetti,
- descrivono le condizioni da rispettare,
- canalizzano le richieste d'aiuto,
- regolamentano il processo decisionale,
- definiscono un modo di procedere ed infine,
- come affrontare i problemi di coscienza.

Queste linee guide coprono 4 fasi:

### **La fase dell'osservazione:**

In questa fase il personale curante deve creare l'atmosfera adatta per il processo decisionale, garantire un colloquio aperto, imparare a riconoscere le richieste d'aiuto e quindi sviluppare una vera cultura della discussione.

È chiaro che in questo il team infermieristico ha un ruolo fondamentale: spesso sarà proprio ad un infermiera che il paziente farà la sua richiesta di suicidio.

È importante che il team curante riesca a capire le paure e le domande esistenziali che si possono nascondere dietro una richiesta di suicidio assistito. Dobbiamo saperci porre domande chiare: Quando e perché qualcuno domanda di essere aiutato a porre fine alla sua vita? Il paziente è in chiaro sulla situazione? Il paziente è veramente deciso o si tratta solo di una depressione momentanea? Il paziente agisce spontaneamente o sotto la pressione dei familiari? Il paziente si sente di peso alla famiglia e al team curante?

E non da ultima dobbiamo chiederci se abbiamo preso veramente tutte le misure sociali, psicologiche, mediche ed infermieristiche necessarie per migliorare la sua qualità di vita. Di solito la persona desidera morire quando ha l'impressione di aver raggiunto o superato la quantità di sofferenza che può sopportare, quando manca una prospettiva di vita accettabile o c'è una perdita di dignità intollerabile. La perdita di dignità porta molto spesso alla depressione e alla disperazione, motivi importanti per il suicidio. Il preservare la dignità del paziente dovrebbe perciò essere uno degli scopi principali del trattamento e delle cure terminali.

Ci sono però anche pazienti che già molto tempo prima della fase terminale hanno paura del futuro e delle possibili sofferenze: spesso questi pazienti chiedono già quando viene posta la diagnosi di una malattia grave: "Se un giorno soffrirò, mi aiuterà a morire?"

Ma torniamo al suicidio assistito: quando un paziente si rivolge all'infermiera, la prima domanda da porgli è: Perché lei mi chiede questo? Quando se ne è capita la ragione, la seconda domanda è: Lei è d'accordo che ne parlo con il medico?

Segue poi **la fase decisionale**. Qui le linee guida descrivono dettagliatamente come deve avvenire il processo decisionale, che presuppone ripetute discussioni di tutte le informazioni disponibili e come affrontare i problemi di coscienza. È difatti evidente che nessun curante può essere obbligato a partecipare ad un suicidio assistito o all'eutanasia attiva. Se il team sarà però d'accordo di acconsentire al desiderio del paziente, si arriva poi alla fase d'addio.

Durante questa fase l'infermiera di riferimento non avrà altri compiti che curare il paziente, la capo-reparto dovrebbe essere sempre presente, il medico sempre raggiungibile e se desiderato si coinvolgerà anche il personale religioso. La famiglia viene coinvolta sin dove è possibile: il personale infermieristico deve assicurarsi che tutto avvenga nella calma e senza disturbi esterni. I familiari o le persone vicine al paziente dovrebbero avere a disposizione uno spazio dove possono ritirarsi prima e dopo per iniziare, assieme con il team medico e infermieristico, il processo del lutto.

L'ultima **fase** è quella **del lutto**. È importante creare condizioni ottimali sia per i familiari che per il personale curante. Prendersi cura dei pazienti terminali richiede sempre ai curanti un grosso coinvolgimento: soprattutto nel caso p. es. dell'assistenza al suicidio: essi necessitano di parecchio tempo per elaborare il lutto e le emozioni. Spesso ci sarà anche bisogno di un aiuto professionale esterno. Chi pensa che tutto ciò potrebbe semplicemente diventare una routine, si sbaglia di grosso.

### **L'ospedale e il procedere**

Come è stato oggi spesso sottolineato, in Svizzera il suicidio assistito è permesso e quale unico paese al mondo non solo ai medici ma a tutti. Nonostante ciò ogni ospedale ed ogni istituto sanitario è libero di decidere di permetterne o no l'esecuzione. Se l'ospedale accetta il suicidio assistito dovrà allora preparare un protocollo che ogni collaboratore dovrà conoscere. Il protocollo dovrà contenere i seguenti punti:

1. definizione dei vari concetti,
2. procedimenti per la richiesta,
3. messa in pratica dei criteri e delle condizioni da rispettare,
4. cosa fare nel caso di opinioni contrastanti,
5. procedimento nei casi atipici,
6. come affrontare i problemi di coscienza.

Particolarmente importante è l'ultimo punto. Qualcuno per ragioni di principio può essere contrario al suicidio assistito: nel caso del medico, questo dovrebbe allora affidare il paziente ad un collega d'opinione diversa. Ci possono essere però anche casi in cui la valutazione all'interno del *équipe* è controversa:

bisognerà allora studiare come si può raggiungere un consenso. Controversie di tipo etico possono essere particolarmente distruttive per l'équipe, anche perchè, come ho avuto modo di dimostrare recentemente in un lavoro di ricerca, spesso esse insorgono su un tessuto relazionale già carico di tensioni non espresse o non risolte.

## **Conclusione**

Personalmente qui in Ticino sono stata confrontata poche volte con una richiesta d'eutanasia o di aiuto al suicidio assistito. Mi sono chiesta: perché? È perché curiamo meglio qui? È perché i nostri pazienti negli ultimi giorni spesso dormono? O forse perché non c'è un'atmosfera aperta che permetta ai pazienti di esprimersi? O forse che i nostri pazienti non sono ancora abbastanza abituati a decidere per se stessi?

Sono tutte ipotesi, dubbi, che invitano alla riflessione.

Ho già detto all'inizio che parlare delle decisioni nella fase terminale è difficile, e trovarsi ad affrontare queste decisioni lo è ancora di più.

Dobbiamo perciò evitare soprattutto il vicolo cieco delle opinioni assolute e preconcepite, che bloccano ogni possibilità di dibattito. Ognuno di noi ha difatti diritto ai dubbi e al dibattito.

Non dimentichiamo però che c'è un altro aspetto del problema che si tende spesso a rimuovere. Ci sono poche situazioni più drammatiche per i curanti di quando il paziente, non trovando forse altre soluzioni più umane alla sua disperazione, ricorre ad un suicidio violento, p. es. saltando dal balcone. Penso che in quei momenti, e di esempi ne abbiamo avuti parecchi, tutti i curanti, al di là delle loro opinioni, hanno pensato "sarebbe sicuramente stato meglio fornirgli l'aiuto richiesto e permettergli così d'addormentarsi in pace".

In conclusione ritorno alla domanda iniziale: dovrebbe essere possibile assistere il/al suicidio nell'ambiente ospedaliero?

La mia risposta è: qualche volta sì, anche se non è un diritto a cui dobbiamo sempre dar seguito.

Sempre però dobbiamo porci la domanda per sapere se siamo disposti a non abbandonare il paziente.

Non dimentichiamo che si tratta anche di un appello che il paziente ci rivolge nella fase terminale della sua vita.

La seguente poesia, a mio avviso, sa esprimere questa emozione:

*Se morirò  
Spero che tu ci sarai  
Che mi guardi  
Che io ti guardo  
Che sento la tua mano nella mia  
Così posso morire tranquillamente  
Così nessuno deve essere triste  
Così io sono felice*

*R.Campert*

Di cosa abbiamo bisogno affinché la discussione sia il più oggettiva possibile, evitando malintesi ed eccessi?

Per fare ciò abbiamo bisogno:

- di chiarire concetti e valori della fase terminale della vita, per eliminare quella confusione terminologica che caratterizza l'attuale situazione;
- di una discussione continua sul tema;
- di rispetto reciproco e tolleranza per le opinioni divergenti;
- della volontà di imparare dalle esperienze precedenti;
- di creare l'atmosfera adatta per il processo decisionale;
- di garantire un colloquio aperto, di imparare a riconoscere le richieste d'aiuto, di sviluppare una vera cultura della discussione;
- di regolamentare il processo decisionale, di come affrontare i problemi di coscienza, di definire un modo di procedere;
- di condizioni ottimali per il periodo di lutto (sia per i familiari che per il personale curante);
- last but not least, di rispettare i valori etici dei pazienti.

**Marco Borghi** è professore ordinario alla Facoltà di diritto dell'Università di Friburgo dal 1983 ed ha diretto l'Institut Interdisciplinaire d'Ethique et des Droits de l'Homme della stessa università. È professore ordinario alla Facoltà di scienze economiche dell'Università della Svizzera italiana, di cui dirige anche l'Istituto interfacoltare di diritto (IDUSI). È presidente della Commissione di ricerca dell'USI e membro della Commissione sociopsichiatrica cantonale, della Commissione federale della concorrenza e di altre commissioni federali e cantonali. È stato membro del Consiglio Svizzero della Scienza ed è autore di numerose pubblicazioni, soprattutto nel campo del diritto pubblico

**Carlo Foppa** è eticista clinico allo CHUV a Losanna. Laureatosi in filosofia a Ginevra ha poi proseguito la formazione con un master a Parigi e un dottorato a Québec sul tema della responsabilità nella filosofia di Hans Jonas. Dal 1997 è eticista clinico a Losanna dove svolge le attività di consulente per l'ospedale e di formatore per il personale sanitario. Membro della Commissione Nazionale di Etica, Carlo Foppa presiede alcune commissioni regionali di etica clinica.

**André Marie Jerumanis**, nato il 27 maggio del 1956 a Lovanio in Belgio. Laureato in medicina all'Università di Lovanio (Belgio, 1982). Baccellierato in filosofia (Lovanio, 1983). Studi di teologia a Lovanio, Friburgo e Roma. Dottorato in teologia morale all'Accademia Alfonsiana (Università del Laterano, 1998). Attualmente professore straordinario di teologia morale presso la Facoltà di Teologia di Lugano, dove è direttore del *Centro di Studi Hans Urs von Balthasar*. Membro della *Commissione Bioetica* e della *Commissione Teologica* della Conferenza Episcopale Svizzera. Sviluppa una ricerca nell'ambito della bioetica sullo specifico cristiano in contesto pluralista. Ha in preparazione un libro *Il contributo cristiano alla bioetica contemporanea* (2006).

**Yvonne Willems Cavalli**, infermiera specializzata in oncologia, master in Advanced clinical practice presso l'Università di Guilford (UK). Attualmente Responsabile del Settore infermieristico presso la Direzione generale dell'EOC. È membro della Commissione di etica clinica dell'EOC (COME).

## **Appendice**





Nationale Ethikkommission im Bereich Humanmedizin  
Commission nationale d'éthique pour la médecine humaine  
Commissione nazionale d'etica per la medicina  
Swiss National Advisory Commission on Biomedical Ethics

# «Assistenza al suicidio»

Parere n.9/2005

Fonti:  
Commissione nazionale di etica per la medicina umana, CNE  
© Berna, luglio 2005

## Premessa

### Premessa

#### Sintesi

#### I. Introduzione

	V
I.1 Situazione giuridica	VIII
I.2 Le ragioni di questo parere	X
I.3 Delimitazione del tema di questo parere	XIV
I.4 Conflitto di valori nella medicina	XVIII

Il capitolo II concernente gli aspetti storici, giuridici, geografici, politici ed etici in generale e il capitolo III relativo agli argomenti e ai pareri della CNE sul suicidio medicalmente assistito possono essere consultati unicamente in tedesco e francese sul sito: [www.nek-cne.ch](http://www.nek-cne.ch)

#### IV. Raccomandazioni della CNE

	XIX
1 – Dilemma	XXI
2 – Assistenza al suicidio e omicidio su richiesta della vittima	XXII
3 – Non punibilità dell'assistenza al suicidio	XXIII
4 – Decisioni incentrate sulla persona	XXIII
5 – Associazioni di aiuto al suicidio	XXIV
6 – Malattie psichiche	XXV
7 – Bambini e giovani	XXVI
8 – Ospedali e istituti sociosanitari	XXVII
9 – Membri delle professioni mediche	XXXIII
10 – Persone con intenzioni suicide provenienti dall'estero	XXXIII
11 – Tendenze sociali e rischi	XXIX
12 – Necessità di disciplinamento giuridico	XXX



## Sintesi

Quella del suicidio assistito è una problematica complessa dal profilo sociale, giuridico ed etico. Il presente rapporto illustra l'attuale situazione giuridica, riferita in particolare all'articolo 115 CP, e affronta gli aspetti legati alla sua interpretazione nella prassi. Una situazione che è messa in discussione per essere analizzata criticamente.

Formula inoltre una serie di raccomandazioni destinate al legislatore e a chi si occupa concretamente di questi problemi. Nella prima parte, tratta diversi contesti di natura storica, medica, sociologica, politica ed etica, che rivestono una certa rilevanza per l'analisi dell'attuale situazione e per la formulazione di raccomandazioni.

La Commissione nazionale d'etica riconosce la profonda ambivalenza dell'assistenza al suicidio, che genera sentimenti conflittuali nei rapporti tra le persone e in particolare in seno al personale curante. Altrettanto complessi sono i dilemmi di ordine etico che sorgono a livello pratico. La Commissione ritiene che questi dilemmi non vadano risolti globalmente da un profilo meramente teorico, ma affrontati caso per caso in tutta la loro complessità. Parimenti, la persona chiamata ad prestare assistenza nell'ambito di un suicidio deve decidere secondo la propria coscienza, in modo che questo genere di aiuto non diventi una routine. Non vi sono regole universalmente valide, applicabili nella pratica, per giustificare l'assistenza al suicidio. Per l'aspetto personale dell'etica del suicidio assistito e per i provvedimenti legali e istituzionali in tal senso emergono due aspetti essenziali, che al tempo stesso costituiscono due poli opposti: il dovere di assistenza ad un essere umano sofferente e disperato e il rispetto per il suo diritto all'autodeterminazione.

Le raccomandazioni e i disciplinamenti non devono privilegiare né l'uno né l'altro polo, ma tenere conto di entrambi e della loro dicotomia.

Eticamente, l'assistenza al suicidio dovrebbe essere distinta dall'omicidio su richiesta della vittima, anche se a livello pratico queste due modalità possono apparire analoghe. La Commissione sostiene con argomenti etici il disciplinamento liberale previsto dall'articolo 115 CP, secondo cui l'aiuto al suicidio è legale, a condizione che non avvenga per motivi egoistici. Essa raccomanda di non modificare la normativa penale su questo punto, ma ritiene opportuno intervenire in altri ambiti giuridici. Per risolvere i problemi posti dal fenomeno delle associazioni di aiuto al suicidio, la Commissione propone di sottoporle alla vigilanza dello Stato, in modo da garantire il rispetto di criteri di qualità nella verifica delle decisioni di assistere un suicidio.

La Commissione passa inoltre in rassegna una serie di problemi particolari, come l'opportunità di assistere nel suicidio persone affette da malattie psichiche: un aspetto che affronta con cautela, ritenendo necessario accordare la priorità al trattamento psichiatrico e psicoterapeutico e negare l'assistenza al suicidio se il desiderio di farla finita è espressione o sintomo di una patologia psichica. Questa posizione esclude di norma, anche se non totalmente, ai malati psichici la possibilità di ricorrere al suicidio assistito. Tra le altre problematiche analizzate vi sono i giovani - minorenni per la legge ma capaci di discernimento - il suicidio assistito in ospedali e istituti sociosanitari, le implicazioni per i membri delle professioni mediche e il cosiddetto turismo della morte. Ponendo l'accento sui rischi etico-sociali di una diffusione del suicidio assistito, la Commissione sottolinea la necessità di potenziare l'assistenza alle persone bisognose di cure e dipendenti e di ampliare le offerte della medicina palliativa per evitare di incoraggiare il desiderio di farla finita. Il suicidio non deve diventare una facile scappatoia all'aumento dei costi nel sistema sanitario. La società ha una responsabilità preventiva nella problematica del suicidio che non presuppone soltanto limiti giuridici ben stabiliti, ma anche il sostegno al personale assistente e curante.

*Precisazioni relative ai testi:*

Le raccomandazioni del capitolo IV sono state decise frase per frase dalla Commissione e sono vincolanti per la posizione della Commissione stessa. I testi dei capitoli I-III non sono invece stati stabiliti frase per frase, ma discussi approfonditamente nelle diverse versioni, rivisti più volte, riletti e completati dalla Commissione, allo scopo di rappresentare adeguatamente le esperienze e le opinioni dei suoi membri e fornire un'adeguata introduzione alle raccomandazioni del capitolo IV.

# I. Introduzione

## I.1 Situazione giuridica

Per il diritto svizzero, l'istigazione e l'aiuto al suicidio non sono perseguibili, a meno che non avvengano per motivi egoistici:

Art. 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio

*Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con la reclusione sino a cinque anni o con la detenzione.*

Questo articolo del Codice penale disciplina in modo esaustivo la punibilità della partecipazione al suicidio volontario. Punisce la partecipazione al suicidio per «motivi egoistici», mentre non ritiene perseguibile la partecipazione al suicidio che non sia mossa da simili motivi. A livello pratico, questa norma penale riveste ampia rilevanza, in quanto fissa il limite tra la legalità e la punibilità delle attività di associazioni di assistenza al suicidio come Exit e Dignitas.<sup>1</sup>

Per partecipazione s'intendono «l'istigazione e l'aiuto»:

Secondo la dottrina penale, vi è *istigazione se qualcuno provoca in una terza persona la decisione di suicidarsi*. L'istigazione presuppone inoltre (1) la padronanza dell'atto e (2) la responsabilità della persona nel suicidio consumato o tentato. Le premesse obiettive di questa azione sono le stesse di quelle dell'«istigazione» conformemente all'articolo 24 CP.

---

<sup>1</sup> Cfr. Christian Schwarzenegger. Articoli 111–117 (Omicidio) in: Marcel Alexander Niggli / Hans Wiprächtiger (Ed.): Basler Kommentar. Strafgesetzbuch II. Art. 111–401 StGB. Basel 2003, pagg. 64–69 (con altri riferimenti bibliografici).



Obiettivamente, *l'aiuto* implica un *contributo causale* di chi assiste al suicidio tentato o consumato. In sé, il suicidio è un atto in cui con (1) padronanza dell'atto e (2) responsabilità il diretto interessato mette fine alla propria vita (3). Questo contributo causale può consistere nel mettere a disposizione un mezzo letale. L'aiuto, come nel caso della complicità ai sensi dell'articolo 25 CP, può però essere inteso anche come un sostegno psichico.

Da un punto di vista soggettivo, il complice deve agire *intenzionalmente*. Più precisamente, si tratta del dolo eventuale riferito all'atto di morte commesso dal suicida con padronanza dell'atto e responsabilità e del dolo eventuale riferito all'istigazione o alla complicità. Secondariamente, l'autore deve aver agito per «motivi egoistici». Secondo la dottrina dominante, l'indifferenza nella partecipazione al suicidio è sufficiente ad escludere il movente egoistico. I motivi sono considerati egoistici se l'autore *persegue vantaggi personali*, che possono essere di natura materiale (per es. un'eredità o risparmi sui costi di sostentamento), ma anche di natura ideale o affettiva (per es. sentimenti come l'odio, la sete di vendetta o la cattiveria). Con questa restrizione dei motivi soggettivi, la partecipazione al suicidio diventa un atto parzialmente vietata, punibile solo in casi eccezionali. Di norma, l'aiuto al suicidio prestato dalle associazioni attive in questo ambito resta impunito per l'assenza di motivi egoistici.

La disposizione penale sull'istigazione e l'aiuto si riferisce però a tutte le persone, a prescindere dalla professione, dalla formazione e dal coinvolgimento istituzionale.

Non si riferisce a contesti o situazioni particolari in cui le persone esprimono il desiderio di essere assistite nel suicidio, ma è valida in generale. Questa disposizione lascia fondamentalmente a tutti la libertà di offrire i propri servizi nell'ambito di un suicidio, a condizione che tale offerta non sia motivata da interessi personali. Dal profilo penale, il margine di manovra è molto ampio.

Il concetto di «suicidio» fissa tuttavia un quadro generale per l'applicabilità dell'articolo 115 CP. Ai sensi del diritto penale (in questo punto più rigido rispetto alla lingua parlata) il concetto di suicidio implica l'autodeterminazione. Se il suicida non agisce

con autodeterminazione, il suo non può essere considerato un suicidio, anche se da un punto di vista puramente materiale è da ritenersi tale.

L'autodeterminazione implica la capacità di discernimento e la libertà di decisione.

Di conseguenza, i casi di persone in stato confusionale, di ebbrietà o incapaci di discernere a causa di una malattia psichica acuta, che desiderano togliersi la vita e ricorrono per questo all'aiuto di una terza persona, non rientrano nel campo d'applicazione dell'articolo 115 CP.

Tra il 1960 e il 1998 sono state pronunciate solo 8 condanne per istigazione e aiuto al suicidio, di cui 5 tra il 1991 e il 1993<sup>2</sup>. Rispetto al numero di condanne, l'articolo 115 CP ha un significato minore, mentre risulta di maggiore rilevanza pratica nella delimitazione dell'aiuto legale al suicidio.

## **I.2 Le ragioni di questo parere**

Una serie di circostanze hanno spinto la CNE ad approntare questo parere.

*Abusi nelle pratiche di morte assistita.* È stato dimostrato che un numero significativo di casi di suicidi assistiti da associazioni attive in questo ambito non erano senza via d'uscita da un punto di vista medico. Da uno studio recente, emerge che il 21 per cento dei 748 casi di suicidi assistiti da Exit Svizzera tedesca tra il 1990 e il 2000 riguardava persone la cui situazione non era assolutamente da ritenersi disperata (poliartrite, osteoporosi, artrosi, dolori cronici, cecità, debolezza diffusa; 9 casi riguardavano persone affette da disturbi psichici, prevalentemente depressioni).<sup>3</sup> Vedendo in queste pratiche un parziale abuso, sono stati intrapresi i primi passi verso una revisione dell'articolo 115 CP. Con un'iniziativa parlamentare (n. 01.407) presentata il 14 marzo 2000, la Consigliera nazionale Dorle Vallender chiedeva di rendere punibile in tutti i casi l'istigazio-

<sup>2</sup> Schwarzenegger: Articoli 111–117 (oss.(0) 1), pag. 64.

<sup>3</sup> G. Bosshard / E. Ulrich / W. Bär: 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organization, in: Swiss Medical Weekly 133 (2003) 310–317

ne al suicidio e di disciplinare più severamente l'aiuto al suicidio (punibilità dell'aiuto al suicidio da parte di medici e personale curante e dell'aiuto al suicidio fuori dalla sfera personale della vittima, obbligo di autorizzazione per le associazioni di aiuto al suicidio, vigilanza statale, ecc.). L'iniziativa è però stata respinta in occasione del dibattito del Consiglio nazionale dell'11 dicembre 2001.<sup>4</sup> E da un punto di vista etico, non sono state accertate le circostanze in cui l'aiuto al suicidio può essere definito abusivo.

*Impegno per una revisione e progetto di normativa sull'eutanasia e la medicina palliativa:* Da quando, nel 1994, il Consigliere nazionale Victor Ruffy ha presentato una mozione che proponeva l'introduzione di un nuovo articolo 115bis, alle controverse discussioni sull'eutanasia si è aggiunto anche il quesito sulla necessità di disciplinare l'assistenza al suicidio. Nel marzo 1999, il gruppo di lavoro «Eutanasia» (presieduto dalla Consigliera agli Stati Josi J. Meier) ha sottoposto un rapporto al Dipartimento federale di giustizia e polizia nel quale chiedeva che in determinate situazioni l'omicidio su richiesta della vittima non fosse punibile. Il disciplinamento dell'aiuto al suicidio di cui all'articolo 115 CP, peraltro, avrebbe dovuto rimanere invariato. Il 5 luglio 2000 il Consiglio federale ha tuttavia respinto la proposta.

Dopo numerosi interventi parlamentari (Cavalli, Vallender, Zäch ecc.), il 4 luglio 2003 l'allora Consigliera federale Ruth Metzler ha incaricato per scritto la Commissione nazionale d'etica di esaminare dal profilo etico e giuridico l'intera problematica dell'eutanasia, inclusa quella del suicidio assistito e di elaborare proposte per un disciplinamento legale della stessa. Tuttavia, a partire dal 2004, con il nuovo programma di legislatura del Consiglio federale, il progetto di revisione dell'intera tematica dell'eutanasia è stato relegato in secondo piano e il nuovo capo del Dipartimento di giustizia e polizia, Christoph Blocher, ha esonerato la Commissione nazionale d'etica dal suo incarico. Si suppone tuttavia che le lacune evocate dai diversi interventi parlamentari siano rimaste tali.

---

<sup>4</sup> Bollettino ufficiale, Consiglio nazionale, 2001, 1835 (d).

*Richiesta di aiuto al suicidio da parte di persone con disturbi psichici.* Come emerge da una statistica interna elaborata dall'associazione di aiuto al suicidio Exit, 24 dei 132 casi esaminati presentavano oltre ad una patologia somatica anche segni di depressione.<sup>5</sup> Nel 1998 è venuto alla luce il caso di un medico attivo nell'ambito di Exit, che aveva prescritto ad una ventinovenne di Basilea con disturbi psichici una dose letale di pentobarbitale sodico senza approfondire ulteriormente la diagnosi. La morte era stata evitata grazie all'intervento del medico cantonale e a una limitazione preventiva della libertà personale.<sup>6</sup> In seguito a questi fatti, Exit ha posto una moratoria sull'assistenza al suicidio dei malati psichici e ha promosso un dibattito sui provvedimenti da adottare per poter sospendere la moratoria.

*Turismo della morte.* L'associazione di aiuto al suicidio Dignitas presta assistenza al suicidio nel Canton Zurigo, e da poco anche nel Canton Argovia, a un numero crescente di persone provenienti dall'estero. Stando alle cifre fornite dalla polizia comunale zurichese, nel 2003 sono stati registrati 3 casi, nel 2001 37, nel 2002 55 e nel 2003 91.<sup>7</sup>

*Aumento dei casi di suicidi assistiti da associazioni.* I casi seguiti da Exit sono triplicati, passando da 110 nel periodo 1990-1993 a 389 nel periodo 1997-2000.<sup>8</sup>

*Assistenza al suicidio nelle case di cura e nelle case per anziani.* Il 1° gennaio 2001, la Città di Zurigo ha introdotto una norma che consente di assistere nel suicidio gli ospiti delle case per anziani e delle case di cura cittadine. Una nuova raccomandazione della Chambre de l'éthique dell'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) si schiera a favore del suicidio assistito nelle case di cura e nelle case per anziani,

---

<sup>5</sup> E. A. Ulrich: "Exit": Beihilfe zum Suizid zwischen 1990 und 2000 (Diss. Med. Uni). Zürich 2002, pag. 24. Cf. G. Bosshard / M. Kiesewetter / K.P. Rippe / Ch. Schwarzenegger: Suizidbeihilfe bei Menschen mit psychischen Störungen – unter besonderer Berücksichtigung der Urteilsfähigkeit: Expertenbericht zu Handen von EXIT-Deutsche Schweiz. Zürich 2004, pag. 5

<sup>6</sup> Schwarzenegger: Art. 111–117 (cfr. oss. 1), pag. 69 (con riferimenti).

<sup>7</sup> NZZ am Sonntag, 22 febbraio 2004.

<sup>8</sup> Bosshard / Ulrich / Bär: 748 cases of suicide (cfr. oss. 3)

quando la persona che desidera farla finita non dispone più di un proprio domicilio.<sup>9</sup>

*Cambiamenti nel modo di morire in seguito ai progressi della medicina.* La medicina moderna dispone di mezzi sempre più sofisticati in grado di prolungare la vita e ritardare la morte. Si continua a morire, è ovvio, ma è cambiato il carattere delle malattie di cui la gente muore. Allo stadio avanzato, nonostante un'assistenza medica ottimale, alcune malattie possono compromettere a tal punto la qualità della vita, da spingere i diretti interessati a considerare la loro una vita indegna di essere vissuta. Dato il crescente numero di persone che chiedono di poter decidere della propria fine, nascono esigenze concrete nei confronti dell'eutanasia attiva o passiva o di forme di assistenza al suicidio, come quelle proposte dalle associazioni che operano in questo ambito. Emerge però anche la necessità di aprire un nuovo dibattito e di rivedere le condizioni quadro istituzionali e legali, in modo da consentire ai diretti interessati di poter dire la loro sulla propria morte.

*Ruolo dei medici e del personale curante.* Dopo una procedura di consultazione pubblica, nel 2004 l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha pubblicato le direttive medico-etiche rivedute sull'assistenza dei pazienti in fin di vita, secondo le quali in determinate situazioni i medici possono decidere secondo la propria coscienza di assistere un paziente nel suicidio<sup>10</sup>.

*Frustrazione e insicurezza per i pazienti che devono lasciare la clinica per morire.*

Dalle esperienze maturate in alcune strutture, emerge che i pazienti tenuti a lasciare la clinica o la casa per anziani per farsi assistere nel suicidio vivono molto male l'interruzione delle cure. I rapporti con i medici e il personale curante si interrompono e il sostegno viene a cadere proprio nel momento in cui il suicida ne avrebbe maggiormente bisogno.

---

<sup>9</sup> A. Jotti-Arnold et. al.: Assistance au suicide en EMS: recommandations éthiques et pratiques de la Chambre de l'éthique de l'AVDEMS, in: Revue Médicale Suisse n. 1,5 gennaio 2005.

<sup>10</sup> Direttive medico-etiche sull'assistenza a pazienti in fin di vita (d/f): in Bollettino dei medici svizzeri 86/3 (2005), nella versione tedesca, pagg. 171–176.

*Incertezza nella delimitazione dell'eutanasia attiva diretta.* Nella prassi recente, gli atti di assistenza al suicidio presentano notevoli analogie con quella che è considerata eutanasia attiva (omicidio su richiesta della vittima). Spesso, da un punto di vista medico è difficile capire perché a livello penale la morte inflitta direttamente su richiesta sia così diversa dal porgere una sostanza letale con una cannucchia ad una persona tetraplegica, che deve semplicemente aspirarla e ingurgitarla, o dal gesto finale di una persona estremamente debilitata che deve limitarsi ad aprire una valvola o azionare un interruttore.

Questi (e altri sviluppi) andranno esaminati più da vicino, giacché la Commissione ha constatato la necessità di far luce sull'aspetto etico dell'assistenza al suicidio sia per quanto concerne i termini fondamentali della problematica che nell'ottica della particolare situazione della Svizzera.

### **1.3 Delimitazione del tema di questo parere**

Dal profilo etico, ci si chiede se l'articolo 115 CP distingua correttamente tra forme autorizzate e non autorizzate di aiuto al suicidio, e se la formulazione politicamente liberale di questo articolo sia da sostenere. Secondariamente, occorre domandarsi se l'applicazione di questa norma ponga problemi che rendono necessario (o consigliabile) il completamento del diritto, eventualmente anche in altri ambiti giuridici al di là del codice penale. In terzo luogo, le incertezze e i conflitti che sorgono a livello di prassi medica necessitano di chiarimenti dal punto di vista etico, senza tuttavia gravare sul legislatore. Nelle seguenti questioni, la Commissione prende in considerazione tutti e tre i livelli.

Innanzitutto va rilevato che la formulazione liberale dell'articolo 115 CP disciplina unicamente l'aspetto della punibilità. Non è quindi da escludere la possibilità di adottare nuove disposizioni in altri ambiti giuridici al di là del diritto penale, che sarebbero determinanti per la prassi. Ci si potrebbe immaginare per esempio di introdurre nel diritto sanitario norme che disciplinino l'atteggiamento nei confronti delle richieste di assistenza al suicidio negli ospedali e negli istituti sociosanitari.

Un'altra soluzione sarebbe quella di sottoporre le associazioni di aiuto al suicidio all'obbligo di un'autorizzazione vincolata a precise condizioni.

Inoltre, la norma penale di cui all'articolo 115 CP non giustifica eticamente il suicidio assistito, neanche quando il movente non è egoistico. Le norme deontologiche e le direttive etiche possono prevedere restrizioni in tal senso. Per esempio, l'articolo 115 CP non precisa che un desiderio di suicidio debba essere lungamente ponderato e non derivare semplicemente da una crisi passeggera e superabile.

Infine, la decisione di assistere o meno una determinata persona nel suicidio resta una decisione di coscienza che la legge non può anticipare. Anche se l'articolo 115 CP non esclude la possibilità di prestare assistenza al suicidio, senza che tale azione sia punibile, non prevede alcun obbligo concreto in tal senso. La persona che, per ragioni morali, si sente in dovere di assistere un'altra nell'atto di suicidio, deve soppesare personalmente la propria decisione, rispondendo unicamente alla propria coscienza. Nessuno può imporre ad altri di assistere un suicidio, in virtù dell'articolo 115 CP.

La disposizione di cui all'articolo 115 CP racchiude – perlomeno nella sua applicazione attuale – un'inconfondibile concezione liberale della politica, secondo cui l'intervento dello Stato nella sfera privata del cittadino dev'essere limitato. L'articolo 115 CP intende vietare in nome dello Stato unicamente quelle azioni che potrebbero mettere in pericolo l'incolumità o la libertà di terzi. Pertanto, il tentativo di suicidio non viene considerato punibile, in quanto la persona che agisce reca un danno diretto solo a sé stessa. Esercita la propria libertà, senza mettere a repentaglio la vita di altre persone. Chi è reduce da un tentato suicidio necessita più di aiuto, riconoscimento e sostegno che di una punizione. E proprio per questo il suicidio rimane impunito. L'intervento di una terza persona, a cui è stato chiesto aiuto nell'esecuzione dell'atto, non può essere punito, in quanto la partecipazione ad un'azione legale non può essere punibile. La dottrina penale parla di accessorialità della partecipazione. Quando due persone partecipano di comune accordo all'esecuzione del suicidio non vi è necessità di proteggere i terzi.

Un *modello liberale dell'etica* dell'assistenza al suicidio postula il nostro diritto o la nostra libertà, in quanto soggetti morali, di controllare e decidere della nostra vita, fintanto che non compromettiamo il diritto di altri di fare lo stesso. Concetti che in questo modello sono espressi con i termini di autonomia personale e autodeterminazione.

Il diritto all'autonomia morale, così inteso, implica il diritto ad esercitare per quanto possibile il controllo sulla durata della propria vita e sulla modalità della propria morte. E questo implica nuovamente il fatto che anche altri possano contribuire all'esercizio di questa libertà<sup>11</sup>.

Il Codice penale svizzero non si spinge fino a dichiarare totalmente impunita la partecipazione ad un suicidio. Infatti, per il legislatore la situazione cambia se l'assistenza non è prestata per ragioni solidali, ma per vantaggi personali. In tal caso, vi è il pericolo che la suicidalità altrui venga sfruttata da chi lo assiste per conseguire i propri vantaggi. In questo caso, la proposta d'assistenza può rendere la persona con tendenze suicide vulnerabile e bisognosa di protezione.

In tal modo, il legislatore ha conferito implicitamente valore a due questioni etiche:

innanzitutto al rispetto per l'autonomia del suicida e di chi lo assiste, secondariamente alla *responsabilità* nei riguardi delle persone che per la loro suicidalità necessitano di particolare protezione. In questo senso, la necessità di capire se il modello liberale tenga conto dell'etica dell'assistenza al suicidio in tutte le sue dimensioni o se vada completato con concetti di assistenza è già evocata a livello giuridico.

*Delimitazione.* Conformemente alle sue basi legali<sup>12</sup> la Commissione è responsabile degli aspetti etici e giuridici nella medicina umana in generale. L'applicazione dell'articolo 115 CP travalica senza dubbio questo ambito. Pertanto, la CNE ha deciso di affrontare il tema dell'assistenza al suicidio nell'ambito della prassi medica e di limitarsi a questo ambito specifico,

---

<sup>11</sup> M. Charlesworth descrive in maniera esemplare il modello liberale in: *L'etica della vita. I dilemmi della bioetica nella società liberale*. Roma 1996.

<sup>12</sup> Legge sulla medicina della procreazione, articolo 28, e Ordinanza del 4 dicembre 2000 sulla Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana.



basandosi però su una definizione di «medicina umana» relativamente ampia, che include anche operazioni mediche come il rilascio di una prescrizione, la partecipazione di membri del personale medico ad un atto di suicidio assistito o il coinvolgimento di un'istituzione medica. Nel presente rapporto non sono invece tematizzate le situazioni nelle quali l'assistenza al suicidio avviene tra due persone all'esterno di un contesto medicalizzato.

Il ruolo particolare della CNE si evince dal suo mandato legale: essa funge da consulente per il Consiglio federale, il Parlamento e i Cantoni. Il compito della Commissione consiste nel sottoporre le condizioni quadro giuridiche ed istituzionali a un'analisi critica e approfondita dal punto vista etico. Non è invece legittimata a giudicare una decisione personale di suicidio o di assistenza al suicidio.

Questo ruolo limita la possibilità di trattare nel parere problematiche etiche importanti, lasciando ad altre istituzioni e ad ogni individuo il compito di affrontarle.

#### **I.4 Conflitto di valori nella medicina**

È un fatto assodato che tutti i membri delle professioni mediche sono anche liberi cittadini. Pertanto, in tutte le riflessioni sul suicidio assistito occorre tenere presente che sia il personale medico come pure i pazienti al di là del loro ruolo e della loro funzione sono anche esseri umani. La distinzione tra il ruolo strettamente professionale dei medici e del personale curante e il fatto di essere persone alla stessa stregua dei pazienti si rivela molto utile nell'esaminare i valori in gioco.

L'argomento principale contro il suicidio assistito difeso da determinate cerchie, in particolare dalle associazioni professionali dei medici e del personale curante, si richiama al codice deontologico delle professioni mediche, che pone in primo piano la salvaguardia della vita. La stessa deontologia esige però anche che le sofferenze dei pazienti siano alleviate. Questi due imperativi non sono sempre conciliabili, in quanto ad una cerchia - seppur limitata - di pazienti gli strumenti della medicina palliativa non sono d'aiuto. Per i pazienti in questa situa-

zione, risulta pertanto impossibile rispettare contemporaneamente entrambi gli imperativi.

In considerazione di questa impossibilità, la persona sollecitata ad assistere all'atto di suicidio viene interpellata nella sua coscienza sia come persona curante che come essere umano. Ed è proprio in questo senso che si esprimono le nuove direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche sull'assistenza dei pazienti in fin di vita. Il fatto che, in nome della libertà di coscienza, sui medici e sul personale curante non debba essere esercitata alcuna pressione affinché partecipino al suicidio di un paziente è ovvio e corrisponde inoltre all'articolo 3 del Codice deontologico della FMH, secondo cui: «Il medico rifiuta qualsiasi atto medico o presa di posizione incompatibile con la sua coscienza.»

Anche il luogo in cui il suicidio è pianificato ed eseguito è un soggetto di grande attualità in Svizzera. Un accordo siglato tra due privati non può essere ostacolato dallo Stato. L'atto è possibile se avviene al domicilio della persona che intende togliersi la vita o in un altro luogo privato. La situazione è invece totalmente diversa in un contesto medicalizzato. Un quesito centrale dell'attuale dibattito è costituito anche dal conflitto morale che il suicidio in una struttura medicalizzata può provocare (istituto sociosanitario o ospedale acuto). Come conciliare l'obiettivo terapeutico di una struttura con l'intento suicida di un paziente o di un ospite? Attualmente, per la maggior parte delle strutture svizzere l'obiettivo terapeutico esclude la pratica di suicidi e di assistenza al suicidio nei loro locali. Nel limite del possibile, queste strutture tentano di convincere i pazienti con intenzioni suicide a portare a termine il loro progetto al proprio domicilio. Le eccezioni sono rare e si verificano nei casi in cui le persone sono state obbligate ad eleggere a domicilio privato un istituto, quindi quasi esclusivamente nelle case per anziani e nelle case di cura. Le città di Zurigo e Lugano hanno alleggerito la loro prassi autorizzando ufficialmente il suicidio assistito in simili strutture.

## **IV. Raccomandazioni della CNE sull'assistenza al suicidio**

**Approvate in occasione della seduta  
del 27 aprile 2005**



## 1 – Dilemma (testo approvato all'unanimità)

**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.**

**Le raccomandazioni, le direttive e i disciplinamenti giuridici devono tenere conto di questa bipolarità.**

Nella società, è opinione diffusa che le persone con tendenze suicide vadano aiutate a rimanere in vita e in alcuni casi siano tutelate da se stesse. In sintonia con questo pensiero vengono profusi notevoli sforzi nella prevenzione del suicidio. A volte, il desiderio di farla finita nasce dalla mancanza di un'assistenza sufficiente, e una soluzione in tal senso potrebbe essere quella di potenziare l'offerta delle cure palliative. Il suicidio di un essere umano non lascia indifferenti, e può avere conseguenze traumatiche sui familiari, molti dei quali vengono sopraffatti dai sensi di colpa e da sentimenti d'impotenza per non essere riusciti a evitarlo. Direttive e disciplinamenti dovrebbero pertanto creare e mantenere le premesse affinché si possa evitare nella misura del possibile il manifestarsi della volontà suicida e la vita di un essere umano sia riconosciuta come valore supremo. A questa visione si contrappone il rispetto per l'autodeterminazione del prossimo, e in particolare il rispetto per il desiderio di morire degnamente. Questo rispetto deriva da un principio del pensiero liberale molto radicato nel nostro Paese e messo alla prova dalla nostra tendenza a condannare le azioni altrui che giudichiamo sbagliate. Esso non ammette che le azioni di altri siano ostacolate sulla base di convinzioni morali personali, a patto che tali azioni non rechino pregiudizio a terzi. E sicuramente, di fronte a una malattia o alla propria morte la maggior parte degli esseri umani vorrebbe poter decidere liberamente.

Il rispetto per l'autodeterminazione di una persona decisa a farla finita non è di per sé un valido motivo per aiutarla nel suo intento. A motivare la decisione di prestare assistenza ad un essere umano che vuole morire devono concorrere altri motivi, come la volontà di non lasciarlo solo e di stargli vicino nel momento della morte. Perché se abbandonato a sé stesso, potrebbe porre fine alla sua vita in modo spaventoso e doloroso anche per altri. Questo motivo può costituire un caso limite di assistenza ad un essere umano in situazione limite. Il rispetto per l'autodeterminazione implica pertanto anche il rispetto per l'autodeterminazione di coloro che assistono il suicida. È proprio del dilemma tra questi due aspetti etici - il dovere di assistenza e il rispetto per l'autodeterminazione - che devono tenere conto norme e direttive.

Soltanto la considerazione dell'uno o dell'altro aspetto soltanto produrrebbe un notevole mutamento dei valori nella società.

Eticamente, il dovere di assistenza dello Stato non riguarda unicamente l'individuo intenzionato a morire, ma anche gli effetti che il suicidio e l'assistenza al suicidio possono avere sull'intera società e sulle persone. Tali pratiche non devono limitare la libertà di decisione di altre persone. Per esempio, disabili e malati non devono essere messi sotto pressione affinché scelgano di togliersi la vita per non gravare sulla società. I diritti fondamentali, come il diritto alla dignità, all'autonomia e alla libertà di decisione devono essere garantiti senza limitazioni a tutti gli esseri umani, a prescindere dalle loro caratteristiche e capacità.

## **2 – Assistenza al suicidio e omicidio su richiesta della vittima** (testo approvato all'unanimità)

### **Eticamente, bisognerebbe distinguere l'assistenza al suicidio dall'omicidio su richiesta della vittima.**

L'omicidio su richiesta della vittima contrasta con l'opinione diffusa, secondo cui la morte di un essere umano non dev'essere provocata in modo mirato da altri. Nel suicidio assistito, è il diretto interessato a darsi la morte. Questa distinzione porta a discussioni sull'eutanasia in generale e in particolare sull'eutanasia attiva

diretta: un argomento che richiede ulteriori riflessioni, che non sono tuttavia oggetto del presente parere.

### **3 – Non punibilità dell’assistenza al suicidio**

(testo approvato all’unanimità)

**Secondo la CNE, la non perseguibilità dell’assistenza al suicidio è eticamente giustificata, a condizione che non avvenga per motivi egoistici. La Commissione raccomanda quindi di non modificare il vigente articolo 115 CP.**

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. Fanno eccezione i casi in cui la decisione di assistenza al suicidio è dettata da interessi personali.

Il rispetto della decisione delle persone che partecipano al suicidio non va però confuso con una valutazione morale di questa decisione. A livello sociale, vi sono opinioni diverse riguardo alla valutazione morale del suicidio e dell’assistenza al suicidio.

Accordando l’impunità per l’assistenza al suicidio non dettata da motivi egoistici, lo Stato riconosce dunque questo pluralismo morale della società.

### **4 – Decisioni incentrate sulla persona**

(testo approvato all’unanimità)

**La decisione di prestare assistenza ad un suicidio dev’essere presa pensando alla persona e alla sua situazione, e non dev’essere semplicemente il risultato dell’applicazione di norme e criteri.**

L’adempimento di determinati criteri di base, condizione sine qua non per l’eventuale ricorso all’assistenza al suicidio, non è di per sé sufficiente a giustificare tale pratica nel singolo caso.

L’assistenza al suicidio si riferisce sempre e solo ad una determinata persona, per cui la decisione di accompagnarla nell’atto finale dev’essere presa pensando a lei e alla sua situazione specifica. È una decisione che va ben oltre la semplice applicazione di

norme e criteri, poiché implica una profonda conoscenza della persona e della sua situazione, dei motivi che l'hanno spinta a volersi suicidare, della costanza di questo desiderio, e presuppone inoltre che prima del gesto finale vengano discusse le possibili alternative.

Sarebbe inammissibile che l'assistenza al suicidio diventasse una routine. Le persone che soddisfano i requisiti per farsi assistere nella «dolce morte» potrebbero addirittura sentirsi in dovere di giustificare i motivi di un eventuale rifiuto, e, dal canto suo, il personale assistente potrebbe sentirsi tenuto a spiegare per quale ragione non intende partecipare a tali pratiche. Spesso, l'atteggiamento delle persone gravemente malate nei confronti della morte è ambivalente e incostante.

Pertanto, se il suicidio assistito rientrasse nell'offerta normale, questa ambivalenza potrebbe cadere, lasciando libero corso alla volontà di farla finita.

Tuttavia, nell'interesse di una simile assistenza è indispensabile formulare criteri e requisiti di base che, pur non essendo del tutto sufficienti, fissino le condizioni per poter ricorrere all'assistenza al suicidio. Le tre condizioni formulate dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche nelle direttive sull'assistenza dei pazienti in fin di vita e quelle enunciate dalla CNE nel presente rapporto vanno proprio in questo senso.

## **5 – Associazioni di aiuto al suicidio**

(testo approvato all'unanimità)

**L'articolo 115 CP tutela di fatto l'autodeterminazione delle persone che partecipano ad un suicidio, sancendone l'impunità. Questa posizione fondamentalmente liberale non è messa in discussione, mentre, nell'ottica della prassi dominante in tal senso, l'attività delle associazioni di aiuto al suicidio va disciplinata più da vicino.**

Il diritto vigente lascia impunita l'assistenza al suicidio, sempre che non avvenga per motivi egoistici. Non contiene alcuna disposizione sulla tutela delle persone a rischio, la cui volontà di farla finita potrebbe essere anche solo passeggera e per le quali potrebbero esistere altre prospettive. L'attività delle associazioni di aiuto



al suicidio, il cui obiettivo è di aiutare le persone intenzionate a morire a coronare la loro aspirazione nel modo più indolore possibile, pone le persone a rischio di fronte a una nuova situazione. Le associazioni di aiuto al suicidio non propongono l'assistenza di una persona cara, ma offrono prestazioni generiche destinate a terzi. E la natura stessa della loro missione 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 della loro attività. 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, perché in caso di violazione, e a quanto risulta ve ne sono, non vi è dal punto di vista giuridico alcuna possibilità di perseguimento o di sanzione. Proprio per garantire il dovere di assistenza alle persone a rischio è necessario completare la legislazione vigente, affinché l'attività di queste associazioni sia soggetta alla vigilanza dello Stato.

## 6 – Malattie psichiche

(testo approvato all'unanimità)

**Nelle persone affette da disturbi psichici, la volontà di morire e di suicidarsi è spesso espressione o sintomo della loro malattia. Pertanto, le persone a rischio di suicidio, affette da disturbi psichici isolati o associati a patologie somatiche, necessitano in primo luogo di un trattamento psichiatrico e psicoterapeutico. Se il desiderio di farla finita è espressione di disagio psichico, l'assistenza al suicidio va negata.**

Le ricerche sul suicidio sono unanimi nel sostenere che una malattia psichica accresce notevolmente il rischio di suicidio. Proprio perché la suicidalità può essere un sintomo diretto di malattia psichica, le persone con tendenze suicide e affette da disturbi psichici vanno aiutata innanzitutto con trattamenti psichiatrici e sostegno psicosociale. Le persone in crisi suicidale necessitano più che mai di comprensione ed empatia, di qualcuno che li ascolti, e che capisca che il bisogno di farla finita non ha motivazioni ben definite. Le malattie psichiche compromettono la qualità della vita, ma non la vita stessa e spesso la loro prognosi è aperta.

Dunque, in queste situazioni il suicidio assistito va generalmente escluso. Una condizione necessaria anche se non sufficiente per derogare a questa norma è il manifestarsi di intenzioni suicide, che non sono espressione o sintomo della malattia psichica e che si manifestano per esempio nell'intervallo asintomatico di una malattia che fino a quel momento aveva avuto un decorso cronico. (Per «espressione» della malattia s'intende un nesso diretto tra la volontà di suicidio e la malattia psichica e non per esempio il fatto di soffrire di una situazione di vita che può essere influenzata da una malattia.)

Considerato che gli istituti psichiatrici sono tenuti a trattare le malattie psichiche e le loro conseguenze – come la suicidalità – i suicidi assistiti non devono avvenire in tali strutture.

## 7 – Bambini e giovani

Posizione di maggioranza:

**Per i bambini e i giovani trovano applicazione le norme giuridiche ed etiche generalmente valide in ambito sanitario. Le riflessioni formulate nella raccomandazione n. 4 rivestono particolare importanza al riguardo.**

Di norma, i minorenni capaci di discernimento esercitano liberamente il diritto di decidere se accettare o rifiutare le cure. La capacità di discernimento va esaminata in ogni singolo caso. Questi principi sono applicabili ad una possibile richiesta di assistenza al suicidio. Così come in caso di malattia incurabile in fase terminale un bambino può rifiutare un trattamento medico, allo stesso modo può esprimere il desiderio di essere assistito nel suicidio.

Bambini e giovani gravemente malati che manifestano la volontà di farsi assistere nel suicidio possono essere influenzabili e ricettivi all'opinione altrui. Spesso la loro coscienza di sé non è ancora sviluppata. E le persone che assistono un giovane in un simile caso devono accertarsi che quest'ultimo abbia una visione corretta e globale della propria situazione e del proprio quadro clinico.

Posizione di minoranza:

**I bambini e i giovani non vanno assistiti nel suicidio.**

C'è da sperare che i bambini e i giovani che esprimono il desiderio

di morire cambino idea in una fase successiva. Non va dimenticato che determinate contingenze e argomentazioni possono facilmente influenzarli. Spesso, la loro consapevolezza di sé è ancora fragile e un problema o un conflitto può turbarli profondamente. Pertanto, il rischio che vedano il suicidio come unica via d'uscita è alto. Anche nelle malattie in fase terminale occorre privilegiare la tutela della vita.

## **8 – Ospedali e istituti sociosanitari**

(testo approvato senza pareri contrari)

Il compito degli ospedali acuti e degli istituti sociosanitari consiste nel migliorare la salute e la qualità della vita anche nelle ultime fasi della stessa, e non nel provocare la morte. In queste strutture, il suicidio solleva quindi un notevole conflitto.

**A – Strutture di lunga degenza: se un ospite desidera farsi assistere nel suicidio e non dispone di altro domicilio dovrebbe avere la possibilità di compiere l'atto all'interno della struttura stessa.**

Diversa è invece la situazione nel caso di strutture interamente private, che al momento dell'ammissione informano i pazienti dell'impossibilità di usufruire dell'assistenza al suicidio nei loro spazi. Il personale delle strutture di lunga degenza non può assolutamente essere obbligato a prestare assistenza ad un suicidio (riserva dell'obiezione di coscienza).

**B – Ospedali acuti: ogni struttura deve stabilire chiaramente se accordare o meno ai propri pazienti la possibilità del suicidio assistito, ed essere in grado di spiegare loro la propria decisione.**

Autorizzando questa prassi, la struttura dovrebbe creare anche le condizioni quadro necessarie affinché l'atto di suicidio possa svolgersi sotto le migliori premesse, senza danneggiare altri pazienti. Anche in questo caso va rispettata la riserva dell'obiezione di coscienza per tutto il personale coinvolto.

**C – Riguardo al suicidio in istituti psichiatrici si veda la raccomandazione n. 6.**

**La decisione ampiamente soppesata di togliersi la vita, non deve**

**fallire a causa delle norme di una struttura o della decisione secondo coscienza di un singolo medico o di un unico gruppo curante. Se del caso, dovrebbe essere garantita la possibilità di consultare un altro medico o di fare capo ad un'altra struttura.**

## **9 – Membri delle professioni mediche**

(testo approvato all'unanimità)

**L'assistenza al suicidio pone i medici e il personale curante dinnanzi a un conflitto etico, in quanto la loro professione presuppone in primis un'assistenza a tutela della vita. Pertanto, l'assistenza al suicidio non può essere considerata un compito del personale medico. Tuttavia, un medico può scegliere liberamente di prestare assistenza al suicidio.**

Se rientrasse nei suoi compiti, ogni medico sarebbe tenuto ad assistere nel suicidio i pazienti capaci di discernimento che lo richiedano. I compiti e i doveri di un medico si misurano in base agli obiettivi della sua attività, cioè la guarigione, l'alleviamento delle sofferenze e l'assistenza dei pazienti. Anche nel caso in cui un medico dovesse far uso delle proprie competenze per un suicidio assistito, la sua non sarebbe considerata un'azione finalizzata agli obiettivi e ai doveri medici.

Questa distinzione è decisiva per comprendere i compiti dei medici, e in senso lato, i compiti della medicina.

I professionisti del settore sanitario che abbiano deciso secondo coscienza di assistere o meno un suicidio non devono subire biasimi o sanzioni da parte del proprio ordine professionale.

I professionisti del settore sanitario devono seguire una formazione per le cure ai pazienti in fin di vita, che affronti anche gli aspetti etici e i dilemmi del suicidio e dell'assistenza al suicidio.

## **10 – Persone con intenzioni suicide provenienti dall'estero**

(testo approvato senza pareri contrari)

**Anche se in genere non vi sono ragioni etiche per precludere alle persone provenienti dall'estero la possibilità di farsi assistere nel suicidio in Svizzera, la difficoltà di garantire le necessarie verifiche e il rispetto del dovere di diligenza ad esse legato solleva in realtà un notevole problema di natura etica. 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.**

Si suppone che le ragioni che spingono una persona a decidere di chiedere assistenza al suicidio nel nostro Paese siano le stesse, che risieda in Svizzera o all'estero.

Pertanto, se per considerazioni di natura etica si ritiene che le persone residenti in Svizzera debbano poter usufruire dell'assistenza al suicidio, vi sono buone ragioni non etiche ma tutt'al più socio-politiche per negare questa opportunità alle persone che vivono all'estero.

A prescindere dal Paese di residenza, il maggiore problema etico del suicidio assistito sta nel garantire le necessarie verifiche. Queste verifiche implicano un'approfondita conoscenza della persona e della sua situazione, della costanza del suo desiderio di morire, ecc. Per questo, non basta un unico breve incontro che avviene nel lasso di tempo che intercorre tra l'arrivo nel Paese e l'esecuzione del suicidio.

## **11 – Tendenze sociali e rischi**

(testo approvato senza pareri contrari)

**In futuro, andrà attribuita grande importanza alla prevenzione del suicidio, soprattutto alla luce degli sviluppi sociali che potrebbero spingere le persone in situazioni critiche ad accettare una proposta di assistenza al suicidio organizzata.**

Uno di questi sviluppi è costituito dalla mutata struttura demografica della società (piramide delle età), che vede l'aumento della popolazione anziana e di conseguenza delle persone bisognose d'aiuto. Un secondo sviluppo riguarda l'incremento dei costi sanitari, in particolare nel settore delle cure. La combinazione di queste due tendenze può sottoporre i diretti interessati a una pressione sociale o/e familiare e far nascere in loro sensi di colpa per la necessità di dipendere da altri (per es. dalla famiglia) da un punto di vista finanziario e delle cure. Questo disagio può generare idee suicide.

Le persone bisognose di cure sono particolarmente esposte a questo rischio. La loro libertà e la loro autodeterminazione

potrebbero essere influenzate dalla pressione percepita e dall'offerta socialmente accettata di "accompagnamento alla morte". Questo, anche se tali persone risultano capaci di discernimento e le associazioni di aiuto al suicidio non agiscono per motivi egoistici.

La società ha una responsabilità particolare nei confronti delle persone bisognose di cure e dipendenti. Le condizioni di assistenza, in particolare nella degenza di lunga durata, devono essere tali da non favorire il desiderio di suicidio. Questa responsabilità preventiva contempla anche il sostegno al personale curante, affinché il suo lavoro d'assistenza non implichi sacrifici personali e goda del giusto riconoscimento sociale.

## **12 - Necessità di disciplinamento giuridico**

**L'attuale situazione giuridica va completata per garantire che**

- a) prima di una decisione di suicidio assistito siano effettuate tutti gli accertamenti necessari in ogni singolo caso;**
- b) nessuno sia obbligato a prestare assistenza al suicidio;**
- c) non sia prestata assistenza al suicidio se la volontà di morire è espressione o sintomo di malattia psichica;**
- d) in considerazione della posizione di minoranza della raccomandazione n. 7, non sia offerta assistenza al suicidio a bambini e giovani;**
- e) le associazioni di aiuto al suicidio siano sottoposte a vigilanza da parte dello Stato.**

Proprio perché la decisione di assistere un suicidio dev'essere presa pensando alla persona in questione e alla sua situazione, è necessario compiere verifiche estremamente accurate. Nel quadro di queste verifiche non vanno accertate unicamente la capacità di discernimento, l'assenza di pressione sociale, le ragioni, i retroscena e la costanza della volontà di farla finita, ma devono essere esaminate e soppesate con il diretto interessato le possibili alternative ai fini della tutela della vita. Simili verifiche implicano un lungo e approfondito rapporto con il diretto interessato e non un unico e breve contatto.

Nessuno può esigere da un'altra persona di farsi assistere nel suicidio.

Inversamente, ognuno ha il diritto di rifiutare la sua partecipazione ad un suicidio.

E questo vale per tutte le persone. La decisione di assistere un suicidio dev'essere strettamente personale e non può essere imposta da nessun altro, né da istituzioni, né da persone vicine al suicida, né dallo stesso suicida. La clausola dell'obiezione di coscienza è particolarmente importante per il personale medico e i collaboratori delle strutture sanitarie. L'assistenza al suicidio esula dalle attività del personale curante, che dipendono dalle sue conoscenze professionali, cui un paziente ha diritto.

## **COMMISSIONE DI ETICA CLINICA DELL'EOC (COMEC)**

### **Presidente:**

Dr med. Fabrizio Barazzoni, *Responsabile Area Sanitaria della Direzione generale dell' EOC, Bellinzona*

### **Vice-Presidente:**

Prof. Dr med. Claudio Marone, *Primario Medicina Ospedale Regionale Bellinzona e Valli*

### **Segretario:**

PD Dr med. Roberto Malacrida, *Capo servizio di Cure intensive, Ospedale regionale di Lugano*

### **Membri:**

Dr med. Brenno Balestra, *Primario Medicina Ospedale regionale Beata Vergine di Mendrisio*

Avv. Bruno Balestra, *Procuratore Generale del Cantone Ticino, Ministero Pubblico, Lugano*

PhD Carlo Foppa, *Professore di etica all'Università di Losanna,*

Dr.ssa med. Rita Monotti, *Caposervizio di Medicina, Ospedale Regionale La Carità di Locarno*

Inf. MSC Yvonne Willems Cavalli, *Responsabile delle Cure infermieristiche EOC, Bellinzona*

Prof. Franco Zambelloni, *Docente di filosofia presso il Liceo Cantonale di Mendrisio*



Finito di stampare nel mese di Ottobre 2005

Progetto grafico, fotocomposizione e stampa  
Società d'arti grafiche già Veladini e Co. SA. Lugano CH



---

**Ente Ospedaliero Cantonale**