



# **Assistenza organizzata al suicidio: analisi approfondita delle possibilità e della necessità di intervenire sul piano legislativo**

**Rapporto del 15 maggio 2009**

## Indice

1.	Situazione iniziale .....	3
1.1.	Incarico del Consiglio federale del 2 luglio 2008 .....	3
1.2.	Decisioni del Consiglio federale relative ai due «Rapporti sull'eutanasia» .....	3
1.3.	Contesto e motivazione delle decisioni del Consiglio federale del 31 maggio 2006 e del 29 agosto 2007 .....	4
1.4.	Obiettivo e strumenti di una nuova legislazione federale .....	6
2.	Sviluppi successivi alle decisioni del Consiglio federale relative ai due «Rapporti sull'eutanasia» .....	7
2.1.	Novità – in particolare nuove prassi delle organizzazioni di aiuto al suicidio.....	7
2.2.	Statistica dei suicidi in Svizzera.....	11
2.3.	Sviluppi e interventi politici in Svizzera .....	12
2.4.	Sviluppi giuridici in Svizzera .....	14
2.5.	Pareri della scienza svizzera .....	16
2.6.	Sviluppi in altri Paesi europei.....	17
2.7.	Nuove conoscenze della ricerca sul suicidio .....	20
3.	Valutazione degli sviluppi .....	21
4.	Condizioni quadro per una legislazione federale.....	22
4.1.	Considerazioni di fondo .....	22
4.2.	Ambiti del diritto .....	22
4.3.	Livello normativo.....	23
5.	Opzioni d'intervento .....	23
5.1.	Legislazione speciale.....	23
5.1.1.	Legge sull'assistenza organizzata al suicidio .....	23
5.1.2.	Ordinanza sull'assistenza organizzata al suicidio.....	24
5.1.3.	Vantaggi e svantaggi di una legislazione speciale .....	25
5.2.	Disciplinamento degli obblighi di diligenza per le organizzazioni di aiuto al suicidio nell'articolo 115 CP .....	26
5.3.	Motivi che hanno indotto il legislatore a istituire l'articolo 115 CP .....	28
5.3.1.	Interdizione totale delle associazioni di aiuto al suicidio.....	29
5.3.2.	Divieto di accettare controprestazioni.....	30
6.	Valutazione delle opzioni analizzate.....	31
6.1.	Costituzionalità .....	31
6.1.1.	Legge speciale sull'assistenza organizzata al suicidio .....	31
6.1.2.	Integrazione o modifica dell'articolo 115 CP.....	31
6.2.	Quali opzioni consentono di raggiungere l'obiettivo limitando al minimo gli svantaggi? .....	32
7.	Altre opzioni a livello federale .....	33
7.1.	Prevenzione del suicidio .....	33
7.2.	Incentivazione delle cure palliative .....	34
8.	Conclusioni e raccomandazioni al Consiglio federale .....	36

## **1. Situazione iniziale**

### **1.1. Incarico del Consiglio federale del 2 luglio 2008**

Sulla base di un documento interlocutorio del 30 giugno 2008 redatto dal Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP), il 2 luglio 2008 il Consiglio federale ha incaricato quest'ultimo di chiarire in dettaglio, in collaborazione con il Dipartimento federale dell'interno (DFI), l'eventuale necessità di intervenire sul piano legislativo in materia di assistenza organizzata al suicidio e di presentare un rapporto all'Esecutivo all'inizio del 2009.

Partendo dal principio di non mettere in discussione, laddove possibile, le decisioni già emenate dal Consiglio federale, il summenzionato documento interlocutorio invita a verificare la necessità di agire a livello normativo in ambiti finora non analizzati in modo approfondito. Si tratta in particolare dei seguenti punti:

- introduzione di requisiti legali minimi per gli obblighi di diligenza e di consulenza delle organizzazioni di aiuto al suicidio;
- introduzione di un obbligo legale di documentazione;
- garanzia della qualità nella selezione e nella formazione degli accompagnatori al suicidio;
- obbligo di trasparenza finanziaria;
- introduzione di limiti etici come, per esempio, il divieto dell'assistenza al suicidio di persone sane.

Nel documento si suggerisce, inoltre, di evitare di disciplinare nel dettaglio singoli aspetti della materia e quindi di escludere l'opzione di adottare una vera e propria legislazione sulla sorveglianza<sup>1</sup>.

Tra le decisioni già prese dal Consiglio federale, che preferibilmente non andrebbero modificate, di seguito si ricordano in particolare quelle relative ai due «Rapporti sull'eutanasia» del 24 aprile 2006 e del luglio 2007<sup>2</sup>.

### **1.2. Decisioni del Consiglio federale relative ai due «Rapporti sull'eutanasia»**

Il 31 maggio 2006 il Consiglio federale ha preso atto del rapporto «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?», elaborato dal DFGP in stretta collaborazione con il DFI, e ha indirizzato al Parlamento le seguenti raccomandazioni in riferimento alla mozione CAG-CS 03.3180 «Eutanasia e medicina palliativa», trasmessa nel marzo 2004:

- a. rinunciare a emanare o integrare disposizioni legislative nel campo dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva;
- b. rinunciare a modificare l'articolo 115 del Codice penale svizzero (istigazione e aiuto al suicidio);

---

<sup>1</sup> Questi punti sono stati indicati anche in un comunicato stampa pubblicato il giorno della seduta del Consiglio federale:

[http://www.bj.admin.ch/bj/it/home/dokumentation/medieninformationen/2008/ref\\_2008-07-020.html](http://www.bj.admin.ch/bj/it/home/dokumentation/medieninformationen/2008/ref_2008-07-020.html).

<sup>2</sup> Rapporto del 24 aprile 2006 intitolato «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?» (di seguito denominato rapporto sull'eutanasia; data della decisione: 31 maggio 2006) e relativo Rapporto completivo del luglio 2007 (di seguito denominato rapporto integrativo; data della decisione: 29 agosto 2007), entrambi redatti dal DFGP con la partecipazione del DFI.

- c. rinunciare ad adottare una normativa federale dettagliata in materia di autorizzazione e vigilanza delle organizzazioni di aiuto al suicidio e del cosiddetto «turismo del suicidio o della morte».

Nel contesto dell'approvazione del rapporto integrativo del luglio 2007, redatto anch'esso in collaborazione con il DFI su incarico del Consiglio federale (decisione del 31 maggio 2006), il 29 agosto 2007 quest'ultimo ha deciso di:

- d. rinunciare a una modifica della legge sugli stupefacenti volta a impedire eventuali abusi;
- e. incaricare il DFI di presentare al Consiglio federale a tempo debito alcune proposte per incentivare la ricerca nel campo delle cure palliative (*palliative care*) attraverso un programma nazionale di ricerca (PNR) oppure altre misure di promozione adeguate<sup>3</sup>.

### **1.3. Contesto e motivazione delle decisioni del Consiglio federale del 31 maggio 2006 e del 29 agosto 2007**

La mozione della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG-CS) 03.3180 «Eutanasia e medicina palliativa», già menzionata in precedenza (n. 1.2.), incaricava il Consiglio federale di presentare delle proposte per regolamentare l'eutanasia attiva indiretta e l'eutanasia passiva e di adottare misure per promuovere la medicina palliativa. Il DFGP ha verificato la necessità di intervenire sul piano legislativo in relazione all'oggetto della mozione e anche al cosiddetto «turismo del suicidio». Tutti questi aspetti sono stati affrontati nel rapporto «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?», pubblicato il 24 aprile 2006. Il rapporto integrativo del luglio 2007 verte invece sulle questioni giuridiche fondamentali in materia di diritto sanitario e degli stupefacenti e analizza nuovamente le possibili misure da adottare nell'ambito della medicina palliativa.

Il rapporto sull'eutanasia dell'aprile 2006 si concentra sulla legislazione in vigore e sulla necessità di intervenire a livello normativo. Innanzitutto definisce i concetti fondamentali e illustra il diritto vigente in materia di eutanasia in senso lato (cioè eutanasia come omicidio passibile di pena e non, o come assistenza al suicidio) e in materia di medicina palliativa (assistenza ai malati terminali). Partendo da questa base, il rapporto offre un'ampia analisi dei problemi esistenti ed esamina sia il margine di manovra delle autorità coinvolte sia la necessità d'intervenire da parte dello Stato per proteggere la vita umana e prevenire gli abusi. Espone inoltre i vantaggi e gli svantaggi di una legislazione che disciplini in modo dettagliato tale settore e si esprime in merito all'importanza e alle possibilità della medicina palliativa.

Il rapporto integrativo del luglio 2007 si occupa, da un lato, delle misure adottate e pianificate per incentivare la medicina palliativa e, dall'altro, delle opzioni e delle proposte per inasprire le condizioni applicabili alla prescrizione e alla somministrazione del narcotico pentobarbitale sodico in dosi letali, avendo le organizzazioni di aiuto al suicidio all'epoca utilizzato o fornito questa sostanza (ottenibile solo su prescrizione medica)<sup>4</sup>.

---

<sup>3</sup> Le decisioni citate alle lett. a-c con le raccomandazioni al Parlamento in relazione alla mozione CAG-CS 03.3180 «Eutanasia e medicina palliativa» sono del 31 maggio 2006, mentre quelle citate alle lett. d ed e sono del 29 agosto 2007. Nel testo del 31 maggio 2006 era implicito che il Consiglio federale non intendeva prendere in considerazione l'opzione della legalizzazione dell'eutanasia attiva diretta, in linea con la strategia già adottata in precedenza.

<sup>4</sup> La descrizione di questa pratica adottata dal «turismo del suicidio» si trova nel rapporto sull'eutanasia (nota 2), pag. 31 seg.

Le conclusioni dei due rapporti costituiscono la base per le raccomandazioni indirizzate dal Consiglio federale al Parlamento e per le ulteriori decisioni dell'Esecutivo (cfr. *infra* n. 1.2., lett. a-e). Tali conclusioni, raggruppate in base alla relativa decisione, sono riassunte di seguito.

**Decisione a)** Per quanto riguarda le *forme non punibili di eutanasia* (eutanasia attiva indiretta ed eutanasia passiva), il rapporto «Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?» giunge alla conclusione che le disposizioni legali esistenti sono sufficienti. Un notevole svantaggio di una nuova normativa consisterebbe nel rischio di incompletezza. Se l'obiettivo del legislatore è quello di garantire maggior trasparenza, sarebbero necessarie disposizioni dettagliate a copertura di tutti i casi e di tutte le categorie di pazienti possibili. Al contempo, però, tale legislazione dovrebbe essere anche sufficientemente flessibile per tenere conto di tutti i casi specifici e degli sviluppi della medicina. Una nuova normativa non garantirebbe quindi maggiore sicurezza del diritto, al contrario. Il rapporto approda alla conclusione che le norme deontologiche costituiscono uno strumento adeguato per il disciplinamento dettagliato di questo insieme complesso e molteplice di casi. Inoltre sottolinea che «coloro che oggi invocano un disciplinamento dell'eutanasia passiva e di quella attiva indiretta nutrono talvolta il desiderio di legalizzare anche l'eutanasia attiva»<sup>5</sup>.

**Decisioni b e c)** Considerate le reazioni a volte aspre contro il turismo del suicidio registrate sia in Svizzera che all'estero e visto, in particolare, il frequente sospetto di abuso, il rapporto dell'aprile 2006 analizza in modo dettagliato anche la possibilità di inasprire o abolire la *normativa svizzera* in materia di *aiuto al suicidio* – considerata *liberale* rispetto ai Paesi esteri confinanti –, e le modalità con cui attuare questa eventuale modifica. L'articolo 115 del Codice penale svizzero (CP; RS 311.0) punisce solo chi presta aiuto al suicidio per motivi egoistici. Lo stesso vale ovviamente anche per l'istigazione al suicidio. Le ulteriori basi legali nel campo del suicidio assistito, così come viene di norma praticato dalle organizzazioni di aiuto al suicidio, sono costituite da disposizioni del diritto sanitario oppure del diritto in materia di stupefacenti (sia a livello federale che cantonale), ma anche di altri settori giuridici come il diritto della pianificazione del territorio, dei rapporti di vicinato e delle attività commerciali. Il rapporto giunge alla conclusione che è opportuno rinunciare a una legislazione dettagliata concernente l'autorizzazione e la vigilanza delle organizzazioni di aiuto al suicidio e del turismo del suicidio, visto che una normativa simile comporterebbe un rischio di burocratizzazione e implicherebbe un'indesiderata legittimazione e certificazione dell'assistenza organizzata al suicidio da parte dello Stato. Ciononostante, il rapporto riconosce la necessità di introdurre misure atte a impedire gli abusi e quindi a tutelare le persone interessate da danni irreversibili. A livello cantonale, gli abusi potrebbero essere perseguiti, sanzionati e impediti applicando coerentemente il diritto penale e sanitario vigente. Una revisione del diritto penale in vigore, per esempio sotto forma di inasprimento dell'articolo 115 CP, appianerebbe le disparità normative con l'estero e limiterebbe il campo d'azione delle organizzazioni di aiuto al suicidio, ma risulta sproporzionata e inopportuna considerate le possibilità già offerte dal diritto vigente<sup>6</sup>.

**Decisioni d ed e)** Visto il metodo adottato all'epoca dalle organizzazioni di aiuto al suicidio, il rapporto integrativo valuta principalmente la possibilità di impedire abusi attraverso la modifica del diritto in materia di stupefacenti. L'analisi approfondita della situazione giuridica in essere<sup>7</sup> rivela che il diritto in materia di agenti terapeutici e di stupefacenti contiene disposizioni precise e dettagliate per la prescrizione e la somministrazione di pentobarbitale sodico in dosi letali, per cui l'impiego legale di questa sostanza per il suicidio risulta praticamente impossibile. Partendo da questo presupposto, vengono rigettate le possibili opzioni per ridurre ulteriormente i rischi di abuso (obbligo del medico di procedere a chiarimenti supplementari o di coinvolgere altri specialisti, distribuzione di pentobarbitale sodico alle organizzazioni di

<sup>5</sup> Cfr. Rapporto sull'eutanasia (nota 2), pagg. 16 segg., 22, 23 segg.

<sup>6</sup> Cfr. Rapporto sull'eutanasia (nota 2), pagg. 33 segg., 39 segg.

<sup>7</sup> Cfr. Rapporto integrativo (nota 2), pagg. 3-6.

aiuto al suicidio, riclassificazione del pentobarbitale sodico nell'ordinanza sugli stupefacenti, sorveglianza da parte del medico prescrivente dell'assunzione del pentobarbitale sodico). Riassumendo si afferma che, per quanto riguarda la prescrizione e la somministrazione di pentobarbitale sodico in dosi letali, le disposizioni del diritto vigente in materia di stupefacenti sono da considerarsi sufficienti. In questo settore è praticamente impossibile prevedere norme più severe, atte a impedire eventuali abusi nell'ambito del suicidio assistito<sup>8</sup>. Il rapporto integrativo vaglia inoltre le misure adottate e pianificate per la promozione della medicina palliativa (*palliative care*) e prevede la presentazione al Consiglio federale di proposte finalizzate a incentivare la ricerca nel settore attraverso un programma nazionale di ricerca (PNR) oppure altre misure di promozione adeguate<sup>9</sup>. Il rapporto sull'eutanasia del 2006 rivela, infatti, che l'offerta di cure palliative ha contribuito a ridurre il desiderio di ricorrere al suicidio assistito o all'eutanasia<sup>10</sup>.

#### 1.4. Obiettivo e strumenti di una nuova legislazione federale

L'obiettivo di un'eventuale normativa a livello federale dovrebbe consistere nella riduzione dei casi di assistenza organizzata al suicidio e potrebbe essere raggiunto attraverso i seguenti strumenti:

- misure repressive come, per esempio, la limitazione dell'assistenza organizzata al suicidio, del carattere commerciale delle organizzazioni che la praticano o dei compensi percepibili per tale attività oppure la limitazione specifica o mirata dell'assistenza organizzata al suicidio nell'ambito del «turismo del suicidio»;
- miglioramento dell'applicabilità del diritto vigente e rafforzamento della certezza del diritto. Si tratta di concretizzare e chiarire il diritto in vigore, in modo che venga applicato «correttamente» nella prassi, senza modificare i criteri di punibilità esistenti;
- offerta di alternative efficaci che potrebbero consentire di evitare i suicidi come, per esempio, l'ampliamento delle prestazioni della medicina palliativa, il miglioramento dell'informazione e della consulenza in tema di trattamenti e assistenza a disposizione di chi soffre di dolori cronici, il potenziamento della ricerca e della prevenzione in materia di suicidio, nonché l'invito rivolto ai pazienti di rendere note le loro decisioni, affinché la loro volontà possa essere maggiormente rispettata (testamento biologico).

---

<sup>8</sup> Cfr. Rapporto integrativo (nota 2), pag. 6 segg.

<sup>9</sup> Cfr. Rapporto integrativo (nota 2), pag. 9 segg. e pag. 12.

<sup>10</sup> Cfr. Rapporto sull'eutanasia (nota 2), pagg. 29 e 48.

## 2. Sviluppi successivi alle decisioni del Consiglio federale relative ai due «Rapporti sull'eutanasia»

### 2.1. Novità – in particolare nuove prassi delle organizzazioni di aiuto al suicidio

Nel periodo indicato si sono verificati numerosi cambiamenti nelle prassi adottate dalle organizzazioni di aiuto al suicidio, alcuni dei quali hanno avuto grande risonanza nei media. Da un lato, vanno menzionati i nuovi luoghi scelti da Dignitas per l'esecuzione dei suicidi assistiti – per esempio alberghi (che non erano stati messi al corrente e hanno cominciato a temere per il loro buon nome, per cui in varie occasioni hanno chiesto l'intervento delle autorità), automobili e camper<sup>11</sup> in parcheggi pubblici. Dall'altro lato, nella primavera del 2008, Dignitas ha sostituito la somministrazione di una dose letale di pentobarbitale sodico, reperibile solo su prescrizione medica, con il «metodo a base di elio»<sup>12</sup>. Nell'ottobre del 2008 la stessa associazione ha fatto di nuovo scalpore quando si è venuto a sapere che i suoi collaboratori disperdevano in segreto le ceneri dei suicidi nel lago di Zurigo<sup>13</sup>.

Al contempo si rileva anche un cambiamento nel gruppo di persone che ricorrono all'aiuto al suicidio. In precedenza le organizzazioni di aiuto al suicidio avevano giustificato la loro offerta, sostenendo che chi si rivolgeva a loro aveva ricevuto una prognosi negativa, era vittima di sofferenze insopportabili e si trovava quindi in una situazione senza via d'uscita. Successivamente Dignitas ha annunciato di voler assistere anche persone sane<sup>14</sup>. Ciò presuppone l'impiego di un metodo che non richieda la prescrizione medica, poiché per tali persone non vi sono indicazioni mediche a cui appigliarsi. Anche EXIT Deutsche Schweiz ha scelto da qualche tempo di non aiutare più soltanto i malati terminali<sup>15</sup>. A ciò si aggiunge un ulteriore sviluppo della prassi, già avviato in precedenza, che riguarda l'accompagnamento al suicidio

---

<sup>11</sup> Già in passato, comunque, il Dott. Jérôme Sobel, presidente di EXIT ADMD Suisse romande, aveva riferito più volte di suicidi commessi in camper.

<sup>12</sup> Questo metodo consiste nell'impiego di un sacchetto di plastica calato sulla testa del paziente che desidera morire, in cui viene rilasciato dell'elio (gas incolore, inodore e non infiammabile) che nell'arco di poco tempo porta alla soppressione dell'ossigeno nei polmoni, alla perdita di coscienza e infine alla morte per soffocamento. A seconda dei casi, si possono verificare anche un forte aumento della pressione sanguigna, tremiti e crampi. Cfr. a tale proposito l'articolo «*Mit Luftballon-Gas in den Tod*», NZZ del 19 marzo 2008, n. 66, pag. 53. In seguito questo metodo è stato definito disumano anche da politici: cfr. gli articoli «*Politiker protestieren gegen Minellis Gas-Tod*», SonntagsZeitung del 23 marzo 2008, pag. 3, e «*Helium-Methode von Dignitas: Todeskampf dauert bis zu 50 Minuten*», Sonntag del 23 marzo 2008, pag. 3. Tale metodo è stato utilizzato tra l'altro anche dall'accompagnatore al suicidio Peter Baumann, che il 1° ottobre 2008 è stato condannato in seconda istanza dal Tribunale d'appello di Basilea a una pena detentiva di quattro anni per omicidio intenzionale.

<sup>13</sup> Cfr. estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 17 dicembre 2008 relativa alla pratica KR 339/2008. Un portavoce del Dipartimento costruzioni ha reagito a tali avvenimenti, annunciando che Dignitas sarebbe stata ammonita: contro singole sepolture in mare non vi è nulla da obiettare, ma le sepolture in mare effettuate su scala commerciale non possono essere tollerate per motivi etici. Cfr. anche l'articolo «*Dignitas-Mitarbeiter kippen Asche heimlich in den See*», 20 Minuten del 10 ottobre 2008, pag. 7.

<sup>14</sup> Cfr. per esempio «*Dignitas wieder in den Schlagzeilen*» ([www.dignitas.ch/WeitereTexte/BBC-Interview\\_Stellungnahme04042009.pdf](http://www.dignitas.ch/WeitereTexte/BBC-Interview_Stellungnahme04042009.pdf)) e l'articolo «*Dignitas: Sterbehilfe mit Helium*», SonntagsZeitung del 27 maggio 2007, pag. 2.

<sup>15</sup> Rapporto relativo all'assemblea generale 2008, [www.exit.ch](http://www.exit.ch); exit info 1/2008, pag. 4 segg.; «*Exit überlegt neues Angebot: Suizidberatung für „Lebenssatte“?*», Der Bund del 27 settembre 2008, pag. 40.

dei malati psichici. Oltre al fatto che anche in questo caso non si può parlare di malati terminali, tale cambiamento solleva il problema della capacità di intendere e di volere e di discernimento di queste persone<sup>16</sup>. Uno studio del Fondo nazionale svizzero, che di recente ha suscitato particolare interesse nei media, ha confermato tali sviluppi<sup>17</sup>.

Vi sono anche altri due elementi che testimoniano l'evoluzione della prassi nel settore del suicidio assistito. Una valutazione dei primi 18 mesi di esperienza dall'introduzione di un regolamento sull'accompagnamento al suicidio nell'Ospedale universitario di Losanna (CHUV)<sup>18</sup> ha rivelato che in un ospedale per casi acuti i pazienti ricorrono molto di rado ai servizi delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Nel periodo oggetto di analisi, su 54 000 ricoveri sono state presentate in tutto sei richieste, tutte nei primi sette mesi successivi all'adozione del regolamento di autorizzazione. Solo una è sfociata in un suicidio assistito, che tuttavia non ha avuto luogo nell'ospedale stesso, ma in un'annessa casa di riposo per anziani. Secondo gli autori dello studio, la collocazione temporale delle richieste è da ricondurre all'attenzione riservata dai media all'introduzione del nuovo regolamento.

In questo contesto è rilevante anche il tentativo di EXIT ADMD Suisse romande di procurarsi libero accesso alle case di riposo per anziani del Cantone di Vaud sovvenzionate dallo Stato. Questa organizzazione ha presentato un'iniziativa popolare, appoggiata da 14 087 firme valide, per chiedere che le case di riposo per anziani sovvenzionate dallo Stato autorizzino l'assistenza al suicidio, sempre che gli ospiti desiderino fare ricorso ai servizi di un'organizzazione di aiuto al suicidio.

Sui retroscena di questi sviluppi è noto quanto segue. I primi due cambiamenti menzionati (nuovi luoghi e metodo a base di elio) sono stati una conseguenza della migliore applicazione delle normative già esistenti da parte delle autorità competenti per i settori interessati. Per molto tempo Dignitas ha prestato aiuto al suicidio in un appartamento preso in locazione a Zurigo. Dopo la disdetta del contratto di locazione da parte della proprietaria nell'estate del 2007, sono avvenuti diversi trasferimenti: i nuovi luoghi scelti hanno scatenato le reazioni della popolazione e infine anche delle autorità, che hanno cominciato a richiedere progetti d'uso e domande di autorizzazione edilizia per i locali destinati ai suicidi. Tutto ciò ha infine portato il fondatore di Dignitas, Ludwig A. Minelli, a trasferire nell'autunno del 2007 la propria attività in alberghi e «stanze della morte» mobili<sup>19</sup>. Dignitas potrebbe continuare a sfruttare

---

<sup>16</sup> «Sterbehilfe bei psychisch Kranken», NZZ del 5 novembre 2008, pag. 15. In tutti i casi analizzati in uno studio del Fondo nazionale (cfr. nota 17 qui di seguito), le autorità inquirenti del Cantone di Zurigo hanno ritenuto l'aiuto al suicidio conforme alla legge.

<sup>17</sup> Negli anni 2001-2004 la percentuale di persone accompagnate al suicidio da EXIT Deutsche Schweiz che non soffrivano di malattie terminali ammonta al 34 %. I risultati di questo studio sono pubblicati in: S. Fischer / C.A. Huber / L. Imhof / R. Mahrer Imhof / M. Furter / S.J. Ziegler / G. Bosshard, «Suicide assisted by two Swiss right-to-die organisations», in *Journal of Medical Ethics*, 2008, 810-814. Cfr. anche «Sterbehilfe reizt nicht nur Todkranke. Lebensmüdigkeit hat in den letzten Jahren als Sterbe-Motiv an Bedeutung zugenommen», NZZ del 5 novembre 2008, pag. 15.

<sup>18</sup> J.-B. Wasserfallen / R. Chiolé / F. Stiefel, «Assisted suicide in an acute care hospital: 18 months' experience», in *Swiss Med Wkly*, 2008, 138 (15-16), 239-242.

<sup>19</sup> Cfr. il rapporto sull'attività di Dignitas per il periodo luglio 2007 – luglio 2008, Forch, 15 agosto 2008, pagg. 2-5 ([www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/Auswertung\\_3\\_0707-0708.pdf](http://www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/Auswertung_3_0707-0708.pdf)); l'estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 7 maggio 2008, pratica KR 119/2008; l'articolo «Der Todeskämpfer», *Das Magazin*, n. 25/2008, pag. 18 segg.; l'articolo «Kein Ort zum Sterben. Nirgends», *St. Galler Tagblatt* del 6 ottobre 2007, pag. 3. Il 1° ottobre 2007 Dignitas si è trasferita da Zurigo a Stäfa e poi a Maur nell'abitazione privata di L. Minelli e infine in un hotel a Winterthur. Successivamente i suicidi assistiti sono stati effettuati in un'automobile in un bosco e in un camper davanti all'abitazione di L. Minelli. Cfr. intervista a L. Minelli «Sterbehilfe ist in Wohngebieten ideal», *Der Landbote* del 17 novembre 2007, pag. 21.

tali espedienti, dal momento che la sua richiesta di modifica della destinazione d'uso di una abitazione in cui intendeva praticare l'accompagnamento al suicidio è stata respinta. Le autorità hanno motivato il rifiuto sostenendo che per il vicinato (che comprendeva un asilo e un centro di formazione) il peso emotivo sarebbe stato eccessivo<sup>20</sup>.

L'occasione per passare all'impiego di elio come sostanza letale (con l'ausilio di un sacchetto di plastica) è stata fornita da una sentenza del Tribunale amministrativo del Cantone di Zurigo del 20 dicembre 2007 concernente il rifiuto di proroga ed estensione dell'autorizzazione di esercizio per uno studio medico di geriatria, a causa del rilascio a terzi di ricette per pentobarbitale sodico<sup>21</sup>, e da una direttiva del Dipartimento zurighese della sanità dell'inizio aprile 2008, fondata su tale sentenza. Nella sua decisione, il Tribunale amministrativo zurighese si è pronunciato in particolare sui requisiti di diligenza medica che il secondo perito avrebbe dovuto rispettare per la prescrizione di pentobarbitale sodico. Il medico – che, in base all'autorizzazione per l'esercizio della professione dopo il pensionamento, era autorizzato a trattare e rilasciare ricette solo ai familiari e ai conoscenti più stretti – non poteva, in qualità di secondo perito, trarre direttamente le conclusioni dalla propria perizia e prescrivere subito il pentobarbitale sodico. Piuttosto la sua perizia doveva fungere da base per terzi, cioè i medici curanti e il paziente, per decidere come procedere<sup>22</sup>. In tal modo Dignitas ha perso l'appoggio di un medico che prescriveva il pentobarbitale sodico. In seguito a tale decisione il Dipartimento zurighese della sanità, avvalendosi del diritto in materia di vigilanza, ha inviato a singoli medici una lettera, ordinando di effettuare più di un colloquio prima di rilasciare ricette per il pentobarbitale sodico<sup>23</sup>. Tra l'altro, in questa direttiva si è (volutamente) rinunciato a imporre un determinato intervallo minimo tra i colloqui.

Significativi sono anche gli sviluppi per quanto riguarda l'impiego del pentobarbitale sodico. Dopo il sequestro da parte dell'autorità preposta al controllo dei farmaci del Cantone di Zurigo di tutte le riserve di pentobarbitale sodico stoccate illegalmente da EXIT Deutsche Schweiz, in un regolamento del 30 agosto 2007 per l'accompagnamento al suicidio e l'impiego di pentobarbitale sodico l'associazione ha stabilito che un membro del team di accompagnatori deve inviare la ricetta per 15 g di pentobarbitale sodico alla sede di riferimento, che si occupa poi dell'acquisto in farmacia. Il pentobarbitale sodico non utilizzato può essere conservato come riserva per «casi d'emergenza». Ogni accompagnatore ha a disposizione due dosi di riserva. Il restante narcotico non impiegato deve essere restituito in farmacia. La direzione dell'organizzazione di aiuto al suicidio è responsabile del controllo interno delle scorte.

---

<sup>20</sup> Cfr. comunicato stampa del Consiglio comunale di Wetzikon del 12 marzo 2009:

[www.wetzikon.ch/stadt/politik/muster-gr/offentlichkeitsarbeit/Med%20Info%2005-2009-03-12%20Dignitas.pdf/at\\_download/file](http://www.wetzikon.ch/stadt/politik/muster-gr/offentlichkeitsarbeit/Med%20Info%2005-2009-03-12%20Dignitas.pdf/at_download/file).

<sup>21</sup> VB.2007.00408. Con sentenza 2008 2C\_191/2008 del 24 giugno 2008, il Tribunale federale ha inoltre rigettato un ricorso presentato contro tale decisione e, di conseguenza, Dignitas è passata al metodo a base di elio. Stando alle informazioni da essa stessa fornite, l'associazione ha sottoposto a perizia medica i pazienti che volevano morire, nonostante l'elio sia liberamente disponibile sul mercato senza bisogno di ricetta medica.

<sup>22</sup> VB.2007.00408, E. 3.4. e 4.5.

<sup>23</sup> Cfr. estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 23 aprile 2008, pratica KR 37/2008, 609, interrogazione (eutanasia). Nello stesso documento si collega questa direttiva all'impiego di elio da parte di Dignitas e si rimanda alla direttiva «*Ausstellung von Rezepten für Natrium-Pentobarbital im Rahmen der Organisation Exit oder Dignitas*» del Dipartimento della sanità del settembre 1999, in cui si afferma espressamente che il solo desiderio di morire del paziente non è sufficiente per prescrivere il pentobarbitale sodico. È invece necessaria anche la certificazione scritta inconfutabile di una malattia fatale con decorso inevitabile e della capacità di discernimento del paziente nel momento in cui ha espresso il desiderio di morire. Il contenuto di tale direttiva è conforme alle direttive del 25 novembre 2004 per l'assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali redatte dall'Accademia svizzera delle scienze mediche.

Negli ultimi anni si sono acquisite nuove informazioni anche per quanto riguarda la situazione finanziaria nel settore dell'assistenza organizzata al suicidio. Dapprima hanno suscitato scalpore le tariffe praticate da Dignitas per le prestazioni offerte: per il suicidio assistito e le formalità di sepoltura l'importo è di circa 10 000 franchi da versare in anticipo. Stando alle ricerche condotte dalla *SonntagsZeitung*, il fatturato di Dignitas è quasi raddoppiato tra il 2004 (770 000 franchi) e il 2008 (1,4 milioni di franchi)<sup>24</sup>. EXIT Deutsche Schweiz finanzia la propria attività con le quote associative versate dai membri (35 franchi all'anno), donazioni, interessi sul capitale e altri profitti. Le sue prestazioni sono riservate ai soci<sup>25</sup>.

Infine va menzionata la crescente attività pubblicitaria e propagandistica delle organizzazioni di aiuto al suicidio, che include annunci e articoli nella stampa nazionale ed estera<sup>26</sup>, la partecipazione a eventi organizzati dai comuni e addirittura la trasmissione di spot radiofonici<sup>27</sup>. Ha attirato l'attenzione del pubblico anche il fatto che, nella rivista destinata ai propri soci, EXIT pubblicizza un libro che descrive i farmaci con effetto letale certo, le quantità in cui vanno assunti e le possibili combinazioni con altri farmaci<sup>28</sup>.

---

<sup>24</sup> «*Mehr Umsatz trotz Rückgang der Freitode bei Dignitas*», *SonntagsZeitung* del 22 febbraio 2009, pag. 2.

<sup>25</sup> Secondo il rapporto di gestione 2007, l'associazione disponeva di fondi per un capitale di 1,05 milioni di franchi. Il bene immobile di Zurigo aveva un valore contabile di 1,955 milioni di franchi e un valore di mercato di 2,192 milioni di franchi (valutazione del 2003). Per i soci a vita vi erano accantonamenti di 4,539 milioni di franchi. A fine 2007 gli investimenti finanziari ammontavano a 4,7 milioni di franchi ed EXIT contava 10 dipendenti per 8 posti a tempo pieno (fonte: [www.exit.ch](http://www.exit.ch)).

<sup>26</sup> Cfr. «*Justiz vermutet Eigennutz bei Dignitas*», *NZZ am Sonntag* del 4 gennaio 2009, pag. 10; cfr. anche «*En Suisse, rendez-vous avec la mort*», *Le Monde* del 25 maggio 2008, intervista con L. Minelli, in cui questi ammette che le tariffe chieste per l'aiuto al suicidio servono per finanziare la sua battaglia in Svizzera e all'estero.

<sup>27</sup> Cfr. «*Der Tod am Radio*», *Blick-Online* del 6 aprile 2009: EXIT cerca di conquistare nuovi soci con uno spot radiofonico.

<sup>28</sup> B. Chabot / P. Admiraal et al., *Wege zu einem humanen selbstbestimmten Sterben*, Fondazione WOZZ Amsterdam; cfr. EXIT Info 3/2008, pag. 16 seg. e 4/2008, pag. 14 segg.

## 2.2. Statistica dei suicidi in Svizzera

Per illustrare lo sviluppo della casistica nell'ambito del suicidio assistito, di seguito si confrontano i dati statistici rilevati nel 2003 con quelli del 2007:

Statistica relativa al 2003 <sup>29</sup>	Svizzera	% in rapporto ai decessi	% in rapporto ai suicidi
Decessi	63'070		
Suicidi	1'400	2,22%	
Suicidi assistiti da organizzazioni (EXIT Deutsche Schweiz: 131; EXIT ADMD Suisse romande: 50; Dignitas: 91)	272	0,43%	19,43%
Suicidi di persone domiciliate all'estero assistiti da organizzazioni (Dignitas)	91	0,14%	6,5%

Statistica relativa al 2007	Svizzera	% in rapporto ai decessi	% in rapporto ai suicidi
Decessi	61'089 <sup>30</sup>		
Suicidi	1'360 <sup>31</sup>	2,23%	
Totale suicidi assistiti da organizzazioni in Svizzera	ca. 400 <sup>32</sup>	0,65%	29,41%
Suicidi di persone domiciliate all'estero assistiti da Dignitas	132	0,22%	9,70%

<sup>29</sup> Questi dati sono tratti dal rapporto sull'eutanasia (nota 2), pag. 31. Per l'indicazione delle fonti cfr. loc. cit.

<sup>30</sup> Fonte: Ufficio federale di statistica (a c. di), *BFS Aktuell, Statistik der natürlichen Bevölkerungsbe-  
wegung (BEVNAT) 2007, Definitive Ergebnisse / Statistique du mouvement naturel de la population  
(BEVNAT) 2007, Résultats définitifs*, Neuchâtel, 17 luglio 2008, pag. 6 (disponibile in tedesco e fran-  
cese).

<sup>31</sup> Comunicato stampa dell'Ufficio federale di statistica del 23 marzo 2009, «Tassi di mortalità ancora in leggero calo», pag. 5, disponibile all'indirizzo internet:  
<http://www.bfs.admin.ch/bfs/portal/it/index/news/medienmitteilungen.Document.118949.pdf>. Tra il 2004 e il 2006 il numero di suicidi risulta superiore e cioè 1485 nel 2004, 1657 nel 2005 e 1467 nel 2006. Stando ai dati forniti dall'organizzazione stessa, nel 2006 EXIT Deutsche Schweiz ha effettuato 150 suicidi assistiti, mentre Dignitas ne ha effettuati 195 (61,5 % dei quali di pazienti tedeschi) nello stesso anno e 138 (tra cui 6 pazienti svizzeri) nel 2007. Ex International effettua in media tra 12 e 20 suicidi assistiti all'anno.

<sup>32</sup> Questa cifra rappresenta una stima basata sul numero di suicidi assistiti riportato sul sito internet di Dignitas (138 nel 2007; cfr. [www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/FTB%20nach%20Jahr%20und%20Domizil\\_1998-2008.pdf](http://www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/FTB%20nach%20Jahr%20und%20Domizil_1998-2008.pdf)), su un articolo di giornale che afferma che EXIT Deutsche Schweiz ha accompagnato al suicidio 179 persone nel 2007 (cfr. «Dignitas Deutschland macht Rückzieher», Sonntag del 22 febbraio 2009, pag. 7), nonché su stime effettuate per EXIT ADMD e Ex International.

Se si osserva lo sviluppo dei casi di suicidio e di suicidio assistito dopo la pubblicazione del rapporto sull'eutanasia alla fine di maggio 2006, si riscontra un netto aumento del numero totale di suicidi assistiti, che sono passati da 272 nel 2003 a circa 400 nel 2007. Considerando che il numero di suicidi in questo periodo è leggermente diminuito, i casi di suicidio assistito evidenziano un notevole aumento (dal 19 % al 29 %, pari a un incremento del 52 % in cinque anni). Questo andamento di per sé non costituisce un motivo per valutare diversamente la necessità di intervenire rispetto al 2006, ma nel complesso le singole cifre non sono un buon segnale per la politica sanitaria e sociale e, di conseguenza, la loro evoluzione deve essere seguita attentamente<sup>33</sup>.

L'aumento costante dei casi di suicidio assistito ha subito un colpo di arresto nel 2008, anno in cui Dignitas ed EXIT Deutsche Schweiz hanno dichiarato di aver assistito rispettivamente 132<sup>34</sup> e 167<sup>35</sup> persone (nel 2007 la cifra ammontava rispettivamente a 138 e 179 persone, mentre nel 2006 a 195 e 150 persone). Per queste due organizzazioni si rileva dunque una diminuzione del 6 per cento rispetto al 2007 e del 13 per cento rispetto al 2006. Questo risultato è difficile da interpretare, tanto più che le statistiche relative al numero generale di suicidi nel 2008 non sono ancora disponibili. Si potrebbe supporre che l'applicazione più rigorosa delle disposizioni vigenti e lo sviluppo delle cure palliative, a seguito della pubblicazione dei due rapporti<sup>36</sup>, abbiano contribuito a ridurre leggermente l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Tuttavia, non si può escludere del tutto che questa diminuzione sia solo provvisoria e che l'aumento dei suicidi assistiti riprenda nel 2009.

### 2.3. Sviluppi e interventi politici in Svizzera

Come reazione alla pubblicazione dei due rapporti sull'eutanasia e delle decisioni del Consiglio federale, il Cantone di Zurigo, fortemente soggetto al fenomeno del turismo del suicidio, ha chiesto l'introduzione di una normativa federale in materia di vigilanza sulle organizzazioni di aiuto al suicidio e regole chiare per il loro controllo<sup>37</sup>. Sono seguiti diversi interventi sul tema presentati a livello cantonale. Senza pretese di completezza si ricordano qui: l'interrogazione urgente «*Rechtslage und Massnahmen bezüglich Eingrenzung der Sterbehilfe im Kanton Zürich*» (Situazione giuridica e misure relative alla limitazione dell'eutanasia nel Can-

---

<sup>33</sup> In Svizzera nel 2006 si sono suicidati 863 uomini e 445 donne (UST, Statistica delle cause di morte, 2007). Per gli uomini dal 1980 il suicidio è in continuo calo. Per le donne dal 1999 i suicidi sono leggermente aumentati. Per le persone in età avanzata si nota un netto incremento dei decessi per suicidio. Tra i 15 e i 44 anni, sia per gli uomini che per le donne, il suicidio è la seconda causa di morte (UST, Numero di decessi e tassi di mortalità secondo le principali cause di morte e l'età, uomini e donne, UST, 2002-2005). Con 15 suicidi ogni 100 000 abitanti la Svizzera si colloca nella fascia superiore della media dei Paesi europei (cfr.:

<http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00683/01915/index.html?lang=de>). Oltre al dolore personale delle famiglie e degli amici del suicida, il fenomeno comporta forti ripercussioni per la società in termini di produttività. Secondo uno studio [Kennelly B., *The economic cost of suicide in Ireland*, Crisis, 2007, 28 (2): 89-94], le perdite nella produzione causate dai suicidi ammontano all'1 % del prodotto nazionale lordo.

<sup>34</sup> I dati sono consultabili sul sito internet di Dignitas:

[www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/FTB%20nach%20Jahr%20und%20Domizil\\_1998-2008.pdf](http://www.dignitas.ch/Taetigkeitsberichte/FTB%20nach%20Jahr%20und%20Domizil_1998-2008.pdf).

<sup>35</sup> Cfr. «*Dignitas Deutschland macht Rückzieher*», Sonntag del 22 febbraio 2009, pag. 7.

<sup>36</sup> Per l'influenza dei due rapporti sulla prassi, cfr. cap. 2.1 e 2.4.

<sup>37</sup> Cfr., p. es., NZZ am Sonntag del 4 giugno 2006, pag. 17, in cui il consigliere di Stato Markus Notter chiedeva in particolare di introdurre l'obbligo di documentare i casi di suicidio assistito e di valutare la volontà di morire, nonché l'analisi della situazione finanziaria e delle conoscenze specialistiche delle organizzazioni.

tone di Zurigo) del 12 febbraio 2007; l'interpellanza «*Missstände bei der Suizidbegleitung*» (Irregolarità nell'accompagnamento al suicidio) del 23 gennaio 2008 e il postulato (urgente) «*Schluss mit den Aktivitäten von Dignitas*» (Fermare l'attività di Dignitas) del 31 marzo 2008<sup>38</sup>.

Nel Cantone di Argovia il Consiglio di Stato, in un suo messaggio relativo ad una nuova legge in materia sanitaria<sup>39</sup>, ha rinunciato a introdurre disposizioni sull'assistenza al suicidio, ritenendo che non fosse realmente necessario intervenire per regolamentare l'aiuto al suicidio, visti gli strumenti già disponibili e gli sviluppi in corso. Ha invece istituito una base giuridica nel Codice di procedura penale per addebitare i costi dell'istruzione penale a coloro che praticano l'assistenza al suicidio. Il 17 giugno 2008 il Cantone di Argovia ha presentato un'iniziativa cantonale con cui invita l'Assemblea federale a prendere misure adeguate per impedire lo sfruttamento a fini economici dell'aiuto al suicidio e a emanare disposizioni vincolanti per regolamentare il suicidio medicalmente assistito su tutto il territorio nazionale<sup>40</sup>. Alla fine di maggio 2009 l'Unione democratica federale di Zurigo ha depositato due iniziative popolari cantonali volte a limitare il turismo della morte e l'assistenza al suicidio. L'iniziativa popolare contro il turismo della morte chiede l'interdizione di qualsiasi forma d'aiuto al suicidio per le persone che non risiedono da almeno un anno nel Cantone di Zurigo. La seconda esige l'inoltro a Berna di un'iniziativa cantonale mirante a vietare penalmente in tutta la Svizzera qualsiasi genere di istigazione o assistenza al suicidio.

Nel 2008 la Conferenza svizzera delle direttrici e dei direttori cantonali della sanità (CDS) ha elaborato un parere<sup>41</sup> sulla regolamentazione della vigilanza, in cui la grande maggioranza dei Cantoni giunge alla conclusione che non occorrono nuove disposizioni legali a livello federale. Secondo il segretario generale, le esperienze relative alla garanzia della qualità nel settore sanitario mostrano che norme simili comportano un aumento della burocrazia, senza assicurare un controllo efficace della qualità. Per non incrementare il rischio di un ulteriore «impulso alla legittimazione», è più importante promuovere in via prioritaria la formazione specialistica del personale addetto alle cure e l'attuazione delle direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM).

A livello federale sono stati presentati i seguenti interventi: iniziativa parlamentare Egerszegi-Obrist 06.453n «Disciplinare l'eutanasia in una legge» del 23 giugno 2006 e l'interpellanza Aeschbacher 06.3606n «Nessuna necessità di intervento della Confederazione nell'ambito del "turismo del suicidio"?» del 6 ottobre 2006. Qualche tempo dopo sono seguite le mozioni Glanzmann 07.3626n «Vigilanza sulle associazioni di aiuto al suicidio» del 3 ottobre 2007 e Stadler 07.3163s «Base legale per la vigilanza sulle organizzazioni di aiuto al suicidio» del 22 marzo 2007, l'iniziativa parlamentare Aeschbacher 07.480n «Stop al turismo della morte nel nostro Paese» del 5 ottobre 2007, nonché le mozioni Flückiger-Bäni 07.3866n «Addossare i costi alle organizzazioni di aiuto al suicidio» del 21 dicembre 2007, Aeschbacher 08.3300n «Punire l'istigazione e l'aiuto al suicidio» del 10 giugno 2008 e Flückiger-Bäni 08.3427n «Divieto temporaneo dell'aiuto al suicidio» del 13 giugno 2008. Il 21 giugno 2007 la summenzionata mozione Stadler è stata accolta dal Consiglio degli Stati quale Camera prioritaria con 17 voti favorevoli e 9 contrari, diversamente da quanto proposto dal Consiglio fe-

---

<sup>38</sup> Nella risposta del 7 maggio 2008, il Consiglio di Stato zurighese ha invocato nuovamente una soluzione federale sotto forma di legislazione sulla vigilanza. Cfr. a tale proposito l'estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 7 maggio 2008 relativa alla pratica KR 119/2008, pag. 7.

<sup>39</sup> Messaggio del 21 maggio 2008 (08.141) del Consiglio di Stato del Cantone di Argovia al Gran Consiglio.

<sup>40</sup> Iniziativa cantonale 08.317 (Aiuto al suicidio. Modifica dell'articolo 115 del Codice penale).

<sup>41</sup> Segretario generale della CDS Franz Wyss in occasione di una tavola rotonda del DFGP sul tema «Organizzazioni di aiuto al suicidio», tenutasi il 16 giugno 2008. Ad ogni modo, il governo del Cantone di Zurigo non condivide questa opinione.

derale. Infine, il 17 giugno 2008 il Cantone di Argovia ha presentato un'iniziativa cantonale riguardante la modifica dell'articolo 115 del Codice penale al fine di impedire il turismo del suicidio<sup>42</sup>.

Il 7 giugno 2006 la ASSM, in una lettera indirizzata al Consiglio federale, ha comunicato che, a suo parere, la Confederazione ha l'obbligo di vigilare sulle organizzazioni di aiuto al suicidio: se permanessero diverse condizioni quadro a livello cantonale il fenomeno del turismo del suicidio continuerebbe infatti a proliferare<sup>43</sup>. Inoltre, il 27 ottobre 2006, la Commissione nazionale d'etica in materia di medicina umana (CNE) ha pubblicato il proprio parere numero 13/2006, «Criteri di diligenza nell'ambito dell'assistenza al suicidio», in cui espone il possibile contenuto della normativa in materia di vigilanza<sup>44</sup> sollecitata già nel 2005<sup>45</sup>.

Tra gli sviluppi politici va menzionata anche una presa di posizione (non pubblicata) della presidenza del PPD svizzero del 13 giugno 2008 dal titolo «*Nein zum Sterbetourismus in der Schweiz*» (No al turismo del suicidio in Svizzera), in cui il PPD chiede in particolare di incentivare la medicina palliativa, di vietare il turismo del suicidio (per es. tramite l'introduzione di limitazioni che consentano solo alle persone domiciliate in Svizzera da almeno un anno di ricorrere al suicidio assistito), di garantire un'assistenza al suicidio disinteressata sotto ogni punto di vista (anche per quanto riguarda i costi e l'accettazione di eredità o altre liberalità), di introdurre un obbligo di vigilanza e autorizzazione per le organizzazioni di aiuto al suicidio, nonché limitazioni relative ai locali in cui viene praticato il suicidio assistito (l'assistenza ripetuta al suicidio non deve essere permessa in quartieri residenziali).

## 2.4. Sviluppi giuridici in Svizzera

Dalla pubblicazione dell'avamprogetto del rapporto sull'eutanasia il 6 febbraio 2006<sup>46</sup> – che nei tratti generali corrispondeva già alla versione definitiva – si riscontra una certa dinamicità nell'attuazione del diritto vigente in Svizzera. La prassi giuridica relativa alle organizzazioni di aiuto al suicidio ha iniziato a evolversi verso un'applicazione più coerente ed efficiente delle

---

<sup>42</sup> Cfr. nota 40.

<sup>43</sup> Cfr. corrispondente estratto della lettera nella già nominata interpellanza Aeschbacher 06.3606n del 6 ottobre 2006. Cfr. anche il parere della Commissione centrale di etica della ASSM del 15 gennaio 2007, n. 2.5 *in fine*.

<sup>44</sup> Cfr. parere n. 9/2005 «Assistenza al suicidio», approvato dalla CNE il 27 aprile 2005, pag. 51 segg. e pag. 68.

<sup>45</sup> Op. cit., pagg. 4-6: la CNE formula raccomandazioni concernenti gli accertamenti da effettuare prima di procedere al suicidio assistito, elencando concretamente i seguenti punti: 1) la decisione di porre fine alla propria vita con l'aiuto di terzi implica necessariamente la capacità di discernimento; 2) il desiderio di suicidio deve avere origine in una grave sofferenza dovuta a malattia; 3) persone con disturbi psichici, la cui suicidalità rappresenta un'espressione o un sintomo della malattia, non vanno assistite nel suicidio; 4) il desiderio di morire è permanente e costante e non è dovuto a uno stato di eccitazione o a una crisi temporanea destinata a passare; 5) il desiderio di morire si è manifestato liberamente, senza pressione dall'esterno; 6) tutte le alternative sono state accertate, ponderate ed esaminate con il diretto interessato e sfruttate secondo la sua volontà; 7) sono indispensabili frequenti contatti personali e intensi colloqui e sono pertanto esclusi accertamenti che si basano su un unico incontro o accertamenti per corrispondenza; 8) un secondo parere indipendente giunge alla medesima conclusione.

<sup>46</sup> A causa dell'interesse pubblico suscitato dal tema, l'avamprogetto è stato pubblicato contemporaneamente all'avvio della procedura di consultazione degli uffici. Cfr. corrispondente comunicato stampa e prima versione del rapporto all'indirizzo internet:

<http://www.bj.admin.ch/bj/it/home/dokumentation/medieninformationen/2006/2006-02-06.html>.

basi legali esistenti. Oltre ai punti già menzionati al numero 2.1. (prassi delle autorità competenti in materia di edilizia per quanto riguarda gli appartamenti in cui viene praticato il suicidio assistito e prassi delle autorità sanitarie per quanto concerne il rilascio di ricette per il pentobarbitale sodico), il 26 marzo 2006, mediante una decisione di archiviazione, il Ministero pubblico I del Cantone di Zurigo (Inchieste speciali) ha stabilito a carico dei rappresentanti di Dignitas che da quel momento in poi non sarebbe più stato tollerato lo stoccaggio di pentobarbitale sodico in quantità superiori a quelle necessarie per un singolo caso e che in futuro gli interessati non potranno (più) far valere l'errore di diritto. Inoltre, il 25 gennaio 2007 l'associazione Dignitas è stata iscritta d'ufficio nel registro di commercio come esercente attività commerciale (art. 61 cpv. 2 CC; RS 210) e quindi automaticamente assoggettata all'obbligo di tenere la contabilità (art. 957 Diritto delle obbligazioni; RS 220). Degno di nota è anche il fatto che, nonostante le ultime informazioni disponibili sulla situazione finanziaria delle organizzazioni che praticano il suicidio assistito, le autorità di perseguimento penale del Cantone di Zurigo non hanno mai riscontrato la presenza di motivi egoistici ai sensi dell'articolo 115 CP a carico di tali associazioni o dei loro rappresentanti<sup>47</sup>. Infine, nel novembre 2008 il Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo ha reso noto che il Ministero pubblico zurighese aveva archiviato tutti i procedimenti a carico di Dignitas per mancanza di sospetti di reato giuridicamente sufficienti<sup>48</sup>. Tuttavia, nel gennaio 2009 il sostituto procuratore zurighese competente ha riconosciuto che potrebbero profilarsi motivi egoistici, qualora emergesse che Dignitas impiega i compensi percepiti per l'accompagnamento al suicidio per fini propagandistici o a copertura delle spese di patrocinio<sup>49</sup>.

Nell'aprile 2007 il Pubblico ministero del Cantone di Zurigo ha elaborato delle linee guida per l'assistenza organizzata al suicidio («*Richtlinien für die organisierte Suizidhilfe*») al fine di garantire e controllare la qualità nel settore, sottoponendole poi al parere delle organizzazioni di aiuto al suicidio con sede nel Cantone di Zurigo. Tale bozza non è altrimenti disponibile al pubblico. La possibile collocazione giuridica e l'eventuale carattere vincolante di queste linee guida non sono ancora stati del tutto chiariti<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> Cfr. l'estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 7 maggio 2008 relativa alla pratica KR 119/2008, pagg. 2-5, in cui il Consiglio di Stato fornisce un parere dettagliato sulla questione, sostenendo in particolare che Dignitas richiede un compenso economico non irrilevante per l'accompagnamento al suicidio, che può però essere compreso nell'ottica del finanziamento di varie spese amministrative e di altro tipo, anche se il grado di copertura dei costi non può essere giudicato in modo esaustivo. A quanto risulta, l'ammontare degli indennizzi dei singoli accompagnatori non supera di molto l'importo necessario per coprire i costi e quindi non viene oltrepassata la soglia oltre la quale si delineano i motivi egoistici di cui al Codice penale (loc. cit., pag. 3 seg.).

<sup>48</sup> Estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, pratica KR 283/2008, seduta del 12 novembre 2008. Si rileva in particolare che gli strumenti del diritto processuale penale non permettono di identificare una mancanza di trasparenza in relazione al patrimonio dell'associazione e a eventuali emolumenti del consiglio di amministrazione – nonostante l'iscrizione di Dignitas nel registro di commercio e il conseguente obbligo di tenere libri contabili.

<sup>49</sup> «*Justiz vermutet Eigennutz bei Dignitas*», NZZ am Sonntag del 4 gennaio 2009, pag. 10.

<sup>50</sup> Nella propria risposta del 14 marzo 2007 all'interrogazione urgente «*Rechtslage und Massnahmen bezüglich Eingrenzung der Sterbehilfe im Kanton Zürich*» (Situazione giuridica e misure relative alla limitazione dell'eutanasia nel Cantone di Zurigo), il Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo aveva già previsto l'istituzione di regole deontologiche per le organizzazioni di aiuto al suicidio, quale soluzione provvisoria fino all'emanazione di una normativa federale. Il Consiglio di Stato non ha fornito indicazioni giuridiche a sostegno di queste regole, tuttavia ne ha abbozzato il possibile contenuto. Cfr. estratto del verbale del Consiglio di Stato del Cantone di Zurigo, seduta del 14 marzo 2007 relativa alla pratica KR 44/2007, pag. 4.

## 2.5. Pareri della scienza svizzera

Nella sua tesi di dottorato in giurisprudenza intitolata «*Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*» (Organizzazioni di aiuto al suicidio e diritto penale), pubblicata nel 2008, Petra Venetz giunge alle seguenti conclusioni: una revisione o un'integrazione dell'articolo 115 CP non sono adatte a rimediare alle effettive o presunte irregolarità nell'ambito del suicidio assistito. Non si può nemmeno presumere che attraverso tali sforzi possa realizzarsi la speranza di una maggiore certezza del diritto. L'autrice esprime dubbi e scetticismo sia per quanto riguarda una possibile legge speciale sulla vigilanza che un'eventuale revisione del diritto in materia di stupefacenti. In entrambi i casi avverte il pericolo di una limitazione di fatto dell'assistenza al suicidio e della conseguente relegazione di tale attività nell'illegalità. Dall'altro lato non esclude che una legge speciale a livello federale possa portare a una maggiore diffusione dell'aiuto al suicidio<sup>51</sup>. Nadège Beldi, al contrario, nel suo articolo «*La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse*» (La problematica dell'assistenza al suicidio nel diritto svizzero), ritiene che il legislatore dovrebbe intervenire e si pronuncia a favore della regolamentazione richiesta anche dalla CNE in questo settore. Descrive quindi le diverse opzioni disponibili e appoggia chiaramente la creazione di una legge speciale<sup>52</sup>. Georg Bosshard, primario dell'Ospedale universitario di Zurigo, accoglierebbe con favore una legge federale che prevedesse un obbligo di registrazione, autorizzazione e vigilanza per le organizzazioni di aiuto al suicidio<sup>53</sup>. Secondo Christian Schwarzenegger, invece, si dovrebbe mantenere il modello di assistenza organizzata al suicidio esistente. Tuttavia, le organizzazioni di aiuto al suicidio dovrebbero essere tenute ad accertare seriamente e documentare con il supporto di un medico la volontà di morire e la capacità di valutare e discernere del paziente. Nel caso in cui l'autoregolamentazione (regole deontologiche) non garantisca la necessaria trasparenza per eventuali indennità, donazioni, legati e altri beni monetari lasciati dal suicida, sarebbe necessario adottare una normativa di diritto amministrativo, che stabilisca corrispondenti obblighi di documentazione<sup>54</sup>.

Traendo spunto dall'esperienza dell'Ospedale universitario di Losanna (CHUV)<sup>55</sup>, il 15 gennaio 2007 l'ASSM ha reso nota la posizione della propria Commissione centrale di etica per quanto concerne l'assistenza al suicidio negli ospedali per casi acuti. Data la rarità delle richieste di aiuto al suicidio negli ospedali per casi acuti e le poche situazioni in cui vi si

---

<sup>51</sup> P. Venetz, «*Suizidhilfeorganisationen und Strafrecht*», in *Luzerner Beiträge zur Rechtswissenschaft*, volume 28, diss. Zurigo 2008, pag. 283 seg.

<sup>52</sup> N. Beldi, «*La problématique de l'assistance au suicide en droit suisse*», Jusletter del 20 ottobre 2008, n. marg. 50 segg.

<sup>53</sup> Cfr. articolo «*Nicht jeder darf Sterbehelfer werden*», NZZ del 19 novembre 2007, pag. 7. Questa opinione è stata confermata da Bosshard nel contesto della presentazione di uno studio condotto sotto la sua direzione, in cui sono stati analizzati 421 casi di suicidio assistito verificatisi negli anni 2001-2004 sulla base degli atti disponibili presso l'Istituto di medicina legale dell'Università di Zurigo. Cfr. l'articolo «*Wer Suizidbeihilfe bei Exit und Dignitas sucht*», op. cit. (nota 17). Lo studio ha rivelato in particolare che la percentuale di donne che commettono suicidio è nettamente superiore a quella degli uomini (Dignitas: 64 %, EXIT: 65 %) e che negli ultimi anni per le persone anziane la stanchezza di vivere e uno stato di salute complessivamente precario sono diventati fattori sempre più importanti per decidere di ricorrere all'aiuto al suicidio.

<sup>54</sup> C. Schwarzenegger, «*Selbstsüchtige Beweggründe bei der Verleitung und Beihilfe zum Selbstmord (Art. 115 StGB)*», in Frank Th. Petermann (Hrsg.), *Sicherheitsfragen der Sterbehilfe*, San Gallo 2008, pag. 81 segg.

<sup>55</sup> Cfr. a tale proposito *infra* n. 2.1.

fa effettivamente ricorso, la Commissione raccomanda prudenza nell'introdurre checklist ad ampio raggio considerandole poco idonee<sup>56</sup>.

## 2.6. Sviluppi in altri Paesi europei

### Germania

Da anni i protagonisti del fenomeno del «turismo del suicidio» sono principalmente cittadini tedeschi<sup>57</sup>. Da qualche tempo, però, Dignitas non è più attiva solo in Svizzera o, per l'esattezza, dal territorio svizzero, bensì anche nella stessa Germania. Per di più, nell'estate del 2008, sempre in Germania, oltre a Dignitas si è distinto per la sua condotta volta ad attirare l'attenzione sull'eutanasia anche un accompagnatore «non organizzato» di nome Roger Kusch, che nel giugno 2008 ha assistito nel suicidio una pensionata di 79 anni di Würzburg, non gravemente malata. La signora si era rivolta a Kusch dopo che nel marzo 2008 questi aveva presentato alla stampa un apparecchio automatico per praticare l'iniezione letale dotato di due siringhe che, premendo un pulsante, iniettano nella vena del braccio venti millilitri di cloruro di potassio e un narcotico<sup>58</sup>.

Questi eventi hanno fortemente irritato l'opinione pubblica tedesca e scatenato un aspro dibattito nei media, nonché chiamato nuovamente in causa la Cancelliera federale<sup>59</sup> e il legislatore tedesco. Già il 27 marzo 2006 i *Länder* Saarland, Turingia e Assia avevano presentato a livello federale la proposta di legge «*Verbot der geschäftsmässigen Vermittlung von Gelegenheiten zur Selbsttötung*» (Divieto di mediazione commerciale di possibilità di suicidio) per introdurre nel Codice penale tedesco un nuovo articolo 217 intitolato «*Geschäftsmässige Förderung der Selbsttötung*» (Promozione commerciale del suicidio). Secondo tale articolo chi, con l'intenzione di incentivare il suicidio di un'altra persona, svolge attività di mediazione avente a oggetto la possibilità di suicidio o fornisce tali possibilità su scala commerciale, è punito con una pena detentiva fino a cinque anni o con una pena pecuniaria. In questo contesto va sottolineata la particolare attenzione riservata all'aspetto pubblicitario e propagandistico dell'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio.

La proposta è sfociata nell'elaborazione a livello federale di un nuovo progetto dell'articolo 217 del Codice penale tedesco con il seguente tenore:

---

<sup>56</sup> Su questo tema e per altre indicazioni relative alle regole negli ospedali svizzeri per casi acuti cfr. anche: Società svizzera di etica biomedica (SSEB), «*Beihilfe zum Suizid im Akutspital*», Bioethica Forum, n. 54 settembre 2007; [www.bioethics.ch](http://www.bioethics.ch) (sezione Bulletin).

<sup>57</sup> Nel 2006 il 57 % degli stranieri assistiti da Dignitas erano tedeschi. Cfr. sopra nota 26.

<sup>58</sup> Cfr. ad es. l'articolo «*Hausbesuch bei Doktor Kusch*», Frankfurter Allgemeinen Zeitung del 16 luglio 2008, n. 164, pag. 33, oppure l'articolo «*Stirb ökonomisch!*», Cicero 8/2008, pag. 40 seg. In Germania, inoltre – evidentemente con l'aiuto del «marketing» della Deutsche Gesellschaft für humanes Sterben – vengono vendute le cosiddette *Exit bags*. Si tratta di sacchetti trasparenti da calare sulla testa che provocano la morte per soffocamento. Cfr. l'articolo «*Der Tod in der Tüte*», Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung del 5 ottobre 2008, n. 40, pag. 6.

<sup>59</sup> All'assemblea generale della CDU, tenutasi a Hannover il 2 dicembre 2007, la cancelliera federale Angela Merkel ha criticato aspramente l'attività dell'organizzazione di aiuto al suicidio svizzera Dignitas (riferendosi però in questo caso all'eutanasia attiva). Da tale intervento è scaturita la domanda 07.5349 del 10 dicembre 2007 «*Sterbehilfe Dignitas*» (Dignitas. Eutanasia), presentata dalla consigliera nazionale svizzera Kathy Riklin.

## Assistenza organizzata al suicidio praticata a livello commerciale

- (1) Chi svolge un'attività commerciale o fonda un'associazione il cui scopo o la cui attività mira a garantire o fornire a terzi l'occasione per suicidarsi, è punito con una pena detentiva fino a tre anni o con una pena pecuniaria.
- (2) La stessa pena è prevista per chi svolge un ruolo decisivo dal punto di vista spirituale o economico per un'associazione del tipo descritto nel paragrafo 1, sia come membro che come persona esterna<sup>60</sup>.

Il 4 luglio 2008 il Consiglio federale tedesco si è infine espresso contro l'eutanasia praticata a livello commerciale e contemporaneamente a favore della medicina palliativa e dell'attività degli ospizi. Ha proposto di punire l'attività commerciale finalizzata alla pratica dell'assistenza al suicidio, l'offerta e la vendita commerciale di mezzi per il suicidio e l'assunzione di un ruolo decisivo in una tale attività, chiedendo al legislatore di iniziare i pertinenti lavori entro quest'anno<sup>61</sup>.

### Olanda

Dal 2001 in Olanda l'assistenza al suicidio e l'eutanasia non sono punibili se sono praticate da un medico nel rispetto delle sei condizioni seguenti<sup>62</sup>: (1) il paziente, che può essere un minore<sup>63</sup>, ha formulato la propria richiesta liberamente e in modo costante, dopo aver riflettuto a lungo; (2) le sofferenze del paziente sono insopportabili e non vi è prospettiva di miglioramento; (3) il paziente è stato debitamente informato della sua situazione e delle prospettive; (4) non è contemplabile alcuna altra soluzione; (5) è stato consultato un altro medico e (6) l'eutanasia è stata praticata con il rigore richiesto dal punto di vista medico. Ogni caso è verificato a posteriori da una commissione composta da un giurista, un medico e un esperto d'etica. Se la commissione giunge alla conclusione che tutte le condizioni sono state rispettate, il medico non è punibile; in caso contrario la pratica viene trasmessa al procuratore<sup>64</sup>.

In questo modo, nel 2006 1900 persone, pari all'1,4 per cento dei decessi registrati, sono state sottoposte a eutanasia (in questa percentuale non sono inclusi i suicidi assistiti). Secondo il Ministero della salute olandese, il 20 per cento dei casi non viene dichiarato a causa di una procedura burocratica troppo complessa. Calcolando anche questa quota, la percentuale delle morti per eutanasia salirebbe all'1,7 per cento del totale dei decessi. Tra il 2001 e il 2005 si è constatata anche una rinuncia all'eutanasia a favore della sedazione palliativa<sup>65</sup>.

---

<sup>60</sup> Trad. Per la dicitura esatta del progetto di legge e le relative spiegazioni cfr. il seguente link: [www.bundesrat.de/cln\\_051/SharedDocs/Drucksachen/2006/0201-300/230-06\\_templateld=raw.property=publicationFile.pdf/230-06.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_051/SharedDocs/Drucksachen/2006/0201-300/230-06_templateld=raw.property=publicationFile.pdf/230-06.pdf). Il progetto della Commissione giuridica competente e della Commissione sanitaria può essere consultato insieme alle relative spiegazioni al seguente link: [www.bundesrat.de/cln\\_051/SharedDocs/Drucksachen/2008/0401-500/436-08\\_templateld=raw.property=publicationFile.pdf/436-08.pdf](http://www.bundesrat.de/cln_051/SharedDocs/Drucksachen/2008/0401-500/436-08_templateld=raw.property=publicationFile.pdf/436-08.pdf).

<sup>61</sup> Cfr. comunicato stampa del Consiglio federale tedesco del 4 luglio 2008 al seguente link: [www.bundesrat.de/cln\\_099/nn\\_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?\\_nnn=true](http://www.bundesrat.de/cln_099/nn_6906/DE/presse/pm/2008/097-2008.html?_nnn=true). In questo comunicato si sottolinea anche che il progetto di legge inizialmente previsto è stato trasmesso nuovamente alle commissioni tecniche per una nuova consultazione.

<sup>62</sup> Cfr. N. Beldi (nota 52), pag. 2 seg.

<sup>63</sup> Se il minore ha tra i 12 e i 15 anni, è sempre necessario il consenso dei genitori; tra i 16 e i 17 anni, i genitori possono essere messi solamente al corrente della decisione.

<sup>64</sup> M. Schubarth, *Assistierter Suizid und Tötung auf Verlangen*, ZStrR 2009, pag. 12 seg.

<sup>65</sup> La sedazione palliativa – che si pratica solo se il paziente è in fin di vita – è il tentativo di rendere meno vigile il paziente, utilizzando farmaci che possono portare fino alla perdita di coscienza. La morte avviene in modo naturale (al massimo entro dieci giorni). Questa pratica non può essere paragona-

Nel 2005 sono stati dichiarati oltre 9600 casi di sedazione palliativa, ossia il 7 per cento di tutti i decessi. Vi sono sospetti di abuso a carico di alcuni medici, ma non sono stati confermati da prove. Come conseguenza diretta della legislazione liberale, alcune associazioni si stanno attualmente battendo per un'estensione dell'eutanasia alle persone non gravemente malate<sup>66</sup>, il che rappresenta un caso evidente di «deriva progressiva».

### **Belgio**

Sulla scia dell'Olanda, il Belgio ha legalizzato l'eutanasia nel 2002. Le condizioni sono simili a quelle previste dall'Olanda, tuttavia la legge si applica esclusivamente agli adulti e ai minori che abbiano compiuto 15 anni e non menziona l'assistenza al suicidio. Ciononostante, dato che la legge non impone tecniche particolari per praticare l'eutanasia, si può ritenere che anche il suicidio assistito rientri nell'ambito della legge. La commissione di controllo è composta da sedici membri. Dall'entrata in vigore della legge, il numero di casi di eutanasia è aumentato costantemente (da 24 nel 2002 a 429 nel 2006 con un incremento dell'1687 % in quattro anni!), testimoniando l'effetto controproducente che una legge può avere su una pratica. Nel 2007 sono state depositate 495 dichiarazioni di eutanasia, pari a circa lo 0,5 per cento del totale dei decessi<sup>67</sup>. Come in Olanda, si rivendica un'estensione del campo d'applicazione della legge in particolare ai minori capaci di discernimento, agli anziani e alle persone con funzioni cerebrali ridotte<sup>68</sup> (ulteriore esempio di «deriva progressiva»).

### **Lussemburgo**

Il 18 dicembre 2008 questo Stato ha adottato una legge fortemente ispirata alle legislazioni olandese e belga. In questo Paese è regolamentata anche l'assistenza al suicidio, che è soggetta alle stesse condizioni dell'eutanasia. La commissione è composta da nove membri.

### **Francia**

In seguito al caso della signora Chantal Sébire<sup>69</sup>, in Francia è tornato alla ribalta il dibattito sul diritto di morire dignitosamente. A dicembre del 2008 è stato pubblicato un rapporto risultante dai lavori di valutazione della legge del 22 aprile 2005 concernente i diritti dei malati e l'ultima fase della vita<sup>70</sup>. In questo documento molto dettagliato la commissione parlamentare rifiuta di riconoscere un diritto alla morte e di legalizzare l'eutanasia. Per contro, propone di agire in quattro direzioni: (1) far conoscere meglio la legge; (2) rafforzare i diritti dei malati; (3) aiutare i medici a rispondere meglio alle sfide etiche dei trattamenti; (4) adeguare il sistema delle cure ai problemi che insorgono nell'ultima fase della vita. Evidentemente tali conclusioni non sono state condivise da tutti i parlamentari, poiché il 4 marzo 2009 è stata depositata presso l'Assemblea nazionale una proposta di legge che prevede che ogni soggetto affetto da una malattia riconosciuta come grave e incurabile in fase avanzata o termi-

---

ta all'eutanasia (cfr. il Rapporto informativo n. 1287 seguito ai lavori di valutazione della legge del 22 aprile 2005, Assemblea nazionale, Parigi 2008, pag. 204 segg.).

<sup>66</sup> Cfr. «*Au Pays-Bas, sept ans d'euthanasie légale*», Libération del 14 marzo 2008, consultabile all'indirizzo internet: [www.liberation.fr/societe/010131518-aux-pays-bas-sept-ans-d-euthanasie-legale](http://www.liberation.fr/societe/010131518-aux-pays-bas-sept-ans-d-euthanasie-legale).

<sup>67</sup> Cfr. «*Euthanasie: comment ça marche aux Pays-Bas, en Belgique et en Suisse*», 20 minutes.fr del 20 marzo 2008, consultabile sul sito internet: [www.20minutes.fr/article/220650/Monde-Euthanasie-comment-ca-marche-aux-Pays-Bas-en-Belgique-et-en-Suisse.php](http://www.20minutes.fr/article/220650/Monde-Euthanasie-comment-ca-marche-aux-Pays-Bas-en-Belgique-et-en-Suisse.php).

<sup>68</sup> Rapporto informativo n. 1287 (nota 65), pag. 141.

<sup>69</sup> La signora Sébire era affetta da un tumore ai seni paranasali e al setto nasale molto raro e incurabile, che le causava dolori atroci e le aveva fatto perdere l'olfatto, il gusto e la vista. Si è quindi rivolta alla giustizia francese, chiedendo che le fosse permesso di morire dignitosamente, ma la domanda è stata rigettata. Si è suicidata due giorni dopo la decisione del Tribunale.

<sup>70</sup> Rapporto informativo n. 1287 (nota 65).

nale oppure che si trova in uno stato di dipendenza che ritiene incompatibile con la propria dignità, possa chiedere di mettere fine alla propria vita con un mezzo indolore<sup>71</sup>.

## Conclusioni

Alla luce di questa panoramica di diritto comparato, emerge che i Paesi europei seguono due vie: quella della legalizzazione dell'eutanasia (Paesi del Benelux), con una tendenza a estendere il campo di applicazione delle disposizioni relative all'assistenza al suicidio, e quella del rafforzamento dei diritti dei malati, senza quindi varcare la soglia del divieto di eutanasia (Francia, Germania, Regno Unito)<sup>72</sup>.

## 2.7. Nuove conoscenze della ricerca sul suicidio

Secondo l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), il suicidio<sup>73</sup> è un fattore di rischio collegato alle malattie psichiche e alle malattie fisiche gravi (ad es. cancro o aids). Nella maggior parte dei casi coloro che desiderano suicidarsi soffrono di depressione, una frequente patologia concomitante delle malattie croniche. Stando a un recente studio dell'OMS<sup>74</sup>, in Svizzera la depressione appartiene a quelle patologie che influenzano in modo più profondo una vita altrimenti normale: i soggetti depressi hanno una capacità produttiva limitata e sono spesso assenti dal lavoro. Ciononostante, nemmeno la metà delle persone affette da depressione grave si sottopone a trattamento<sup>75</sup>.

Nel corso della vita si possono verificare diversi eventi in grado di aumentare la vulnerabilità psichica e quindi il rischio di suicidio. La difficoltà di diventare adulti (per es. separazione dai genitori, ricerca della propria identità, ecc.) o profonde crisi di altro tipo (per es. separazione o perdita di una persona cara, perdita del posto di lavoro, pensionamento, ecc.) possono sfociare in un tentativo di suicidio. Secondo Ajdacic<sup>76</sup>, l'esito di questi tentativi dipende in larga misura dalle condizioni contingenti: la mancanza di mezzi letali a portata di mano e l'accessibilità di solide reti sociali o di offerte di consulenza e prestazioni mediche possono essere decisive per salvare la vita della persona in crisi.

Studi recenti rivelano che le persone affette da una malattia incurabile valutano la possibilità di assumere un ruolo attivo nel proprio processo di morte. Quanto più gli addetti all'assistenza sanitaria ignorano le necessità delle persone morenti, tanto maggiori saranno le sofferenze che queste dovranno sopportare nell'ultima fase della vita, facendo affiorare in modo sempre più insistente l'idea del suicidio. Anche il consumo di sostanze psicotrope aumenta il rischio di suicidio<sup>77</sup>. Inoltre, il crescente isolamento sociale, l'insicurezza esistenziale dovuta ai cambiamenti sociali sempre più rapidi, la maggiore inclinazione alla violenza, nonché nuo-

---

<sup>71</sup> Proposta di legge consultabile all'indirizzo:

[www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion1498.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/13/propositions/pion1498.asp).

<sup>72</sup> Cfr. Rapporto informativo n. 1287 (nota 65), pag. 155 e seg. Tale Rapporto menziona anche il fatto che la Camera alta della Repubblica ceca ha rigettato un progetto di legge che autorizzava l'eutanasia, mentre Grecia e Ucraina stanno valutando se introdurre un sistema simile a quello francese.

<sup>73</sup> «*Suicide is the act of deliberately killing oneself. Risk factors for suicide include mental disorder (such as depression, personality disorder, alcohol dependence, or schizophrenia), and some physical illnesses, such as neurological disorders, cancer, and HIV infection. There are effective strategies and interventions for the prevention of suicide*»; [www.who.int/topics/suicide/en](http://www.who.int/topics/suicide/en).

<sup>74</sup> World Health Organization, *Country profiles of Environmental Burden of Disease, Switzerland*, Ginevra, 2007.

<sup>75</sup> D. Schuler, P. Rüesch, C. Weiss, *Psychische Gesundheit in der Schweiz, Monitoring*, Schweizerisches Gesundheitsobservatorium Neuenburg, Documento di lavoro 24, 2007.

<sup>76</sup> Ajdacic-Gross, V. *Fakten über Suizid – Begriffe, Zahlen, Theorien*, ph/akzente 3: pagg. 3-6, 2007.

<sup>77</sup> L. Sher, *Alcohol consumption and suicide*, QJM 2006 99 (1): 57-61; doi:10.1093/qjmed/hcil46.

ve possibilità di reperire informazioni nel mondo globalizzato di oggi possono rafforzare la propensione al suicidio.

Stando ai risultati delle ricerche condotte sul suicidio, gli aspiranti suicidi godono di una limitata libertà decisionale. È emerso anche che la propensione al suicidio è di rado costante e molto più spesso altalenante. Al momento del suicidio la maggior parte delle persone soffre inoltre di una malattia psichica: prevalentemente si tratta di depressione, seguita dall'alcolismo e dalla psicosi. Studi autoptici in ambito psichiatrico hanno permesso di stabilire a posteriori che nel 90 per cento dei casi i suicidi soffrivano di disturbi psichici. Al contempo, oltre il 90 per cento dei malati psichici che si sono sottoposti a trattamento dopo aver tentato il suicidio è ancora in vita dieci anni dopo l'evento<sup>78</sup>.

### 3. Valutazione degli sviluppi

Riassumendo, oltre a un incremento inizialmente costante e negli ultimi tempi calante dei suicidi assistiti dalle organizzazioni di aiuto al suicidio, si riscontra soprattutto uno spostamento dell'attività di tali organizzazioni da un ambito prevalentemente disciplinato dalla legge a un ambito meno regolamentato.

Nell'ambito del diritto in materia di sanità, agenti terapeutici e stupefacenti, il cambiamento concerne l'impiego di sostanze che non sono soggette a prescrizione medica e quindi non devono essere utilizzate sotto il controllo delle autorità sanitarie. Anche se sono coinvolti dei medici, come nel caso del cosiddetto metodo a base di elio, ciò non avviene più con le modalità utilizzate in precedenza e regolamentate anche a livello federale, per esempio nel diritto in materia di stupefacenti e di agenti terapeutici<sup>79</sup>. Nell'ambito del diritto edilizio e del diritto commerciale il cambiamento si riscontra in particolare nella scelta dei luoghi compatibili con un'attività commerciale. Va aggiunto anche il fatto che le organizzazioni si basano sempre più sul mero criterio dell'autodeterminazione dei pazienti e sempre meno sulla presenza di una malattia incurabile con esito fatale certo.

Infine, in questo contesto occorre sottolineare anche che finora, nella prassi adottata dalle autorità di perseguimento penale, l'esercizio dell'assistenza al suicidio a livello commerciale e dietro compenso non è stato considerato punibile. Le autorità di perseguimento penale – soprattutto quelle del Cantone di Zurigo, più colpito dal fenomeno – hanno sempre stabilito che, considerati i compensi finanziari richiesti per l'aiuto al suicidio, non sussistono i motivi egoistici di cui all'articolo 115 CP, determinanti per la punibilità.

Da un lato è possibile constatare che molte autorità a tutti i livelli e nei più svariati settori hanno effettivamente applicato in modo più rigoroso la regolamentazione esistente. Tuttavia, dall'altro, il maggiore controllo e gli interventi messi in atto hanno contribuito anche al verificarsi dei cambiamenti descritti sopra. Attraverso questi sviluppi l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio si sottrae parzialmente alla vigilanza stabilita dalla legislazione vigente e garantita dai meccanismi di controllo statali e cantonali, divenendo sempre meno trasparente per il pubblico, il quale ha l'impressione che tale attività diverrà sempre più indipendente, evolvendo in una direzione imprevedibile.

Le autorità sanitarie cantonali, che vigilano in particolare sulla prescrizione e la somministrazione di pentobarbitale sodico, continuano ad avere come in passato l'obbligo di intervenire

---

<sup>78</sup> Cfr. D. Hell, «*Ergebnisse der Suizidforschung*», in: *Beihilfe zum Suizid in der Schweiz, Beiträge aus Ethik, Recht und Medizin*, edito da C. Rehmann-Sutter / A. Bondolfi, J. Fischer / M. Leuthold, Berna 2006, pag. 85 segg. con ulteriori indicazioni.

<sup>79</sup> Cfr. Rapporto integrativo (nota 2), pag. 3 seg.

in caso di mancate indicazioni mediche, di sanzionare le violazioni della legge con pene amministrative ed eventualmente di avviare indagini penali<sup>80</sup>.

Da quanto esposto emerge una necessità di intervenire per limitare l'aiuto al suicidio praticato a livello commerciale, per meglio controllare gli abusi nell'attività delle organizzazioni interessate e per rafforzare l'obbligo di protezione delle persone vulnerabili. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso misure sia preventive che repressive. Di seguito vengono analizzate le possibilità di intervento a disposizione del legislatore, illustrando dapprima alcuni principi importanti per l'elaborazione di una proposta di legge a livello federale.

## **4. Condizioni quadro per una legislazione federale**

### **4.1. Considerazioni di fondo**

Nell'ambito della ricerca di una soluzione per controllare maggiormente le attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio ed evitare un approccio contrario alla dignità umana al desiderio di morire delle persone che si rivolgono a tali organizzazioni, occorre continuare a tenere presente i quesiti sollevati già nel (primo) rapporto sull'eutanasia concernenti la legittimazione e la certificazione delle organizzazioni di aiuto al suicidio mediante la legislazione – anche nel caso in cui la Confederazione sancisse nell'eventuale nuova legge soltanto ciò che attualmente è già disciplinato altrove o ad altri livelli ed è regolarmente rispettato.

Un altro aspetto di cui tenere conto è una possibile agevolazione del lavoro pratico associato all'assistenza organizzata al suicidio grazie a una maggiore certezza del diritto. Per contro, in caso di estensione degli obblighi di diligenza imposti alle organizzazioni di aiuto al suicidio, vi è il rischio che l'assistenza organizzata venga relegata nella clandestinità o che le associazioni si sciolgano e i loro membri inizino a operare a titolo individuale.

Al fine di attuare delle norme (amministrative) con obblighi di diligenza è inoltre necessario prevedere delle garanzie sotto forma di misure amministrative e/o di sanzioni penali. Questa soluzione comporterebbe quindi inevitabilmente un certo grado di burocratizzazione dell'assistenza organizzata al suicidio. Le norme andrebbero dunque formulate in modo tale da permettere di raggiungere un'elevata efficienza nel controllo dell'assistenza organizzata al suicidio, senza oneri amministrativi eccessivi e senza una vera e propria vigilanza.

È indispensabile tenere pure conto di una delle richieste principali, ossia che l'assistenza al suicidio non costituisca un'attività con la quale conseguire lauti guadagni, cosa che l'elemento dei «motivi egoistici» previsto dall'articolo 115 CP<sup>81</sup> dovrebbe di per sé già escludere.

### **4.2. Ambiti del diritto**

Sotto il profilo materiale sono ipotizzabili diversi ambiti nei quali sarebbe possibile inserire degli obblighi di diligenza. Alla luce dei dibattiti che si sono svolti sinora in merito a una legislazione federale concernente l'assistenza organizzata al suicidio e la vigilanza su quest'ultima, al momento a livello federale non emerge tuttavia alcuna legge o altro strumen-

---

<sup>80</sup> Cfr. Rapporto integrativo (nota 2), pag. 3 segg.

<sup>81</sup> I motivi sono considerati egoistici se l'autore persegue vantaggi personali di natura materiale o se agisce per soddisfare sentimenti come l'odio, la sete di vendetta o la cattiveria. Si veda a tal proposito G. Stratenwerth / G. Jenny, *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil I: Straftaten gegen Individualinteressen*, 6a edizione, Berna 2003, n. 59 ad § 1. Per quanto concerne la prassi nel Cantone di Zurigo si veda anche sopra n. 2.4.

to normativo che si presti a tal fine più di altri. In tal senso si potrebbe prendere in considerazione l'istituzione di una nuova legge speciale sull'assistenza organizzata al suicidio.

Nelle leggi esistenti (o anche nelle ordinanze) vi sono alcuni punti di contatto con il tema dell'assistenza al suicidio che s'intende regolare, segnatamente nel diritto sanitario (ad esempio per quanto concerne la formazione degli accompagnatori al suicidio e l'obbligo di informare), nel diritto tutorio e nel futuro diritto di protezione degli adulti (per quanto riguarda l'esclusione dell'assistenza organizzata al suicidio per le persone sane e anche l'obbligo di informare), nonché nel Codice penale e nel Codice penale militare (CPM)<sup>82</sup>. Mentre il nesso con il diritto sanitario e di protezione degli adulti è ancora piuttosto labile e dovrebbe dunque essere prima di tutto concretizzato, a livello federale soltanto il Codice penale (art. 115) e il Codice penale militare (art. 119) prevedono un disciplinamento concreto del suicidio assistito (istigazione e aiuto al suicidio). Il presente rapporto si occupa esclusivamente di un'eventuale modifica dell'articolo 115 CP. In una fase successiva si andrà a esaminare anche l'opportunità di modificare l'articolo 119 CPM.

Dato che in questa sede s'intende soltanto disciplinare puntualmente o vietare l'assistenza organizzata al suicidio, l'emanazione di una legge speciale in materia appare sproporzionata. Una soluzione di questo genere solleverebbe anche il problema della delimitazione rispetto a una vera e propria legge sulla sorveglianza – a prescindere da un sistema di autorizzazione che andrebbe imperativamente previsto nel caso di una legge sulla vigilanza –, accentuando o determinando la legittimazione delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Ciò non corrisponde agli obiettivi fissati e il Consiglio federale respinge in linea di principio questa opzione. Qui di seguito s'intende tuttavia illustrare una tale variante per precisarne meglio i vantaggi e gli svantaggi.

### **4.3. Livello normativo**

Sotto il profilo formale vi sono due possibilità per inserire nella legislazione federale gli obblighi di diligenza che le associazioni di aiuto al suicidio sarebbero tenute a rispettare: disciplinarli in una legge o in un'ordinanza.

## **5. Opzioni d'intervento**

### **5.1. Legislazione speciale**

#### **5.1.1. Legge sull'assistenza organizzata al suicidio**

Innanzitutto si potrebbe prendere in considerazione una legge speciale sugli obblighi di diligenza nell'ambito dell'assistenza organizzata al suicidio. A livello federale ci si potrebbe ispirare alle leggi federali seguenti:

- nel Codice delle obbligazioni (CO; RS 220) alle disposizioni concernenti il mandato di mediazione matrimoniale e di ricerca di partner degli articoli 406a segg.: obbligo d'autorizzazione per l'esercizio a titolo professionale della mediazione matrimoniale o di ricerca di partner, ma soltanto nei confronti di persone all'estero, oltre che prescrizioni sulla forma e il contenuto del contratto (per quanto concerne l'importo massimo del risarcimento e i diritti di rinuncia della persona da presentare);

---

<sup>82</sup> RS 321.0

- nella legge federale del 18 dicembre 1998 concernente la procreazione con assistenza medica (legge sulla medicina della procreazione, LPAM; RS 810.11) alle disposizioni concernenti l'obbligo d'autorizzazione per chiunque applichi metodi di procreazione, l'obbligo d'informare il donatore di sperma, l'obbligo di documentazione, le sanzioni previste nel caso di contravvenzioni (multe) per la violazione degli obblighi legali;
- nella legge federale dell'8 ottobre 2004 sugli esami genetici sull'essere umano (LE-GU; RS 810.12) all'ambito della consulenza in caso di esami genetici prenatali: obbligo d'autorizzazione per eseguire esami genetici, obbligo di una consulenza genetica in caso di esami genetici prenatali, disposizioni penali: delitti e contravvenzioni;
- nel Codice penale (CP; RS 311.0) agli articoli 119 seg. (interruzione non punibile della gravidanza e contravvenzioni commesse dal medico).

Sul modello dei testi legislativi menzionati in precedenza, si potrebbe istituire una nuova legge federale che disciplini le condizioni per poter ancora prestare – legalmente – l'assistenza organizzata al suicidio in futuro. Per applicare tali disposizioni sarebbe imperativo prevedere misure amministrative come l'avvertimento, l'ammonizione e la revoca dell'autorizzazione, nonché disposizioni penali. Inoltre andrebbe poi stabilito quale stato di salute possa giustificare il ricorso a un'organizzazione di aiuto al suicidio (ad es. morte imminente, dolori insopportabili, disturbi psichici gravi), la procedura da seguire (numero di colloqui con l'associazione di aiuto al suicidio, intervallo tra i vari colloqui, documentazione riguardante il caso), il ruolo dei medici, ecc.<sup>83</sup>.

Se si optasse per questa variante, si dovrebbe pure decidere a quale autorità, cantonale o federale, spetti la competenza dell'esecuzione e stabilire i suoi compiti concreti in una legge o in un'ordinanza (per la quale sarebbe indispensabile creare una base legale). Le pertinenti disposizioni dovrebbero in particolare prevedere la descrizione della procedura di autorizzazione e di sanzionamento, gli strumenti di vigilanza indispensabili per un sistema simile, come ad esempio le ispezioni, i diritti e gli obblighi d'intervento delle autorità, nonché il diritto ovvero l'obbligo di avvertimento e, in caso, di revoca dell'autorizzazione. Infine si dovrebbe stabilire se assoggettare ad autorizzazione anche singole persone che prestano frequentemente assistenza al suicidio (eventualmente: chiunque presta aiuto al suicidio in modo regolare e organizzato necessita un'autorizzazione).

### **5.1.2. Ordinanza sull'assistenza organizzata al suicidio**

Per una tale ordinanza è indispensabile una base legale, che potrebbe ad esempio venir inserita nell'articolo 115 capoverso 2 CP:

*<sup>2</sup> Il Consiglio federale disciplina le condizioni alle quali le organizzazioni e le persone fisiche che operano per tali organizzazioni possono prestare l'aiuto al suicidio.*

Il tenore di questa ordinanza corrisponderebbe a quanto stringatamente menzionato al numero 5.1.1.

---

<sup>83</sup> A titolo di esempio si veda il rapporto sull'eutanasia (nota 2), pag. 39 e segg.

### 5.1.3. Vantaggi e svantaggi di una legislazione speciale

#### Vantaggi

Tra i vantaggi di un tale disciplinamento si può anzitutto menzionare l'obbligo imposto alle associazioni di assistenza al suicidio di rispettare condizioni severe per ogni singolo caso, cosa che potrebbe costituire una specie di «garanzia di qualità» per la loro attività. *In primis* ciò potrebbe mettere un freno alle pratiche adottate di recente da queste organizzazioni, che hanno suscitato accesi dibattiti (metodo a base di elio, assistenza al suicidio di persone che non soffrono di una malattia incurabile con esito fatale certo, ecc.). Infine, verrebbero limitate le possibilità di abusi, in particolare nell'ambito dell'aiuto a persone prive di capacità di discernimento.

#### Svantaggi

Come illustrato in precedenza, l'adozione di un disciplinamento di questo tipo imporrebbe al legislatore il delicato compito di determinare quale sia lo stato di salute che permette a una persona di ricorrere a un'associazione di aiuto al suicidio o al suicidio medicalmente assistito, il che significherebbe tentare di definire quali siano le vite che non vanno più protette sotto il profilo penale. Tutti i Paesi che hanno legiferato in tal senso si sono visti costretti a trovare una soluzione a tale problema<sup>84</sup>, facendo ricorso a nozioni giuridiche generiche, la cui applicazione è lasciata al libero arbitrio degli addetti ai lavori. Con una soluzione di questo tipo, tuttavia, il rischio di abusi o almeno di pratiche ad ampio spettro, rimane considerevole. In Olanda, si assiste già a certe derive incontrollate e alcune associazioni si stanno battendo affinché chiunque desideri morire possa ricorrere all'eutanasia, indipendentemente dal suo stato di salute<sup>85</sup>. Anche in Svizzera è in atto un'evoluzione mirante ad allargare il campo di applicazione del suicidio assistito: mentre nelle direttive medico-etiche dell'ASSM sull'assistenza dei pazienti in fin di vita uno dei tre requisiti minimi affinché un medico possa prestare l'assistenza al suicidio a un paziente è ancora che la malattia di cui soffre permetta di considerare la morte prossima<sup>86</sup>, nelle raccomandazioni della CNE<sup>87</sup>, invece, tale criterio non è più menzionato ed è introdotta un'estensione a favore delle persone affette da malattie psichiche e nel rapporto del PDC<sup>88</sup> si rinuncia addirittura a qualsiasi riferimento a un'indicazione medica.

Una legislazione di questo tipo implicherebbe pure una legittimazione da parte dello Stato e una burocratizzazione dell'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio<sup>89</sup>, provocando un aumento dei casi, invece della riduzione auspicata dalle autorità federali e cantonali. Inoltre, occorre tenere presente che una legge speciale, anche se restrittiva, potrebbe aprire le porte a nuove rivendicazioni (suicidio assistito per i minori, per i disabili, le persone stanche di vivere, i congiunti di persone che desiderano suicidarsi, ecc.)<sup>90</sup>. In tale ambito va pure menzionato che il richiamo che la Svizzera esercita sui «turisti del suicidio» potrebbe risulterne accentuato. Infine, il segnale inviato dallo Stato ai cittadini – che è tenuto a tutelare – potrebbe essere frainteso ed esercitare una forte pressione sulle persone in fin di vita.

Una legislazione speciale sull'assistenza organizzata al suicidio sarebbe una soluzione estremamente complicata e per nulla ottimale (come già illustrato sopra al n. 4.2.). Come già rilevato nelle conclusioni del primo rapporto sull'eutanasia del Consiglio federale, una legge

---

<sup>84</sup> Cfr. n. 2.6.

<sup>85</sup> Cfr. n. 2.6.

<sup>86</sup> Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali, Direttive medico-etiche dell'ASSM del 25 novembre 2004.

<sup>87</sup> Cfr. nota 45.

<sup>88</sup> Cfr. n. 2.3.

<sup>89</sup> Cfr. pure il rapporto sull'eutanasia (nota 2), pag. 42.

<sup>90</sup> Cfr. a tal proposito le rivendicazioni emerse in Olanda e in Belgio illustrate al n. 2.6.

non deve regolare tutti i dettagli. Sarebbe errato disciplinare le condizioni alle quali in casi rari ed estremi è possibile prestare assistenza al suicidio mediante una lunga codificazione (come dimostra anche l'esperienza dell'ospedale universitario di Losanna), invece di lasciare a una prassi «liberale» la soluzione nel singolo caso. Una soluzione più idonea sarebbe, invece, quella di inserire disposizioni *ad hoc* in una legge federale già esistente. Qui di seguito si analizzano dunque diverse possibilità concernenti il Codice penale, che tra tutte le leggi federali è quella che fornisce la base migliore anche sotto il profilo costituzionale<sup>91</sup>.

## 5.2. Disciplinamento degli obblighi di diligenza per le organizzazioni di aiuto al suicidio nell'articolo 115 CP

L'articolo 115 CP potrebbe essere ampliato con una norma penale che di principio vieti l'assistenza organizzata al suicidio, ma che in caso di rispetto (cumulativo) di determinate regole di diligenza concretamente la permetta (variante 1). Sotto il profilo concettuale tale proposta si avvicina al disciplinamento dell'interruzione della gravidanza (articolo 119 CP). Una simile norma penale potrebbe avere il tenore seguente:

Articolo 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio (variante 1)

<sup>1</sup> Chiunque per motivi egoistici o *nell'ambito di un'organizzazione di aiuto al suicidio* istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.

<sup>2</sup> *Il collaboratore di un'organizzazione di aiuto al suicidio che presta aiuto al suicidio non è punibile se sono adempite cumulativamente le seguenti condizioni:*

- a. *la persona che desidera morire esprime il suo desiderio liberamente dopo lunga riflessione e in modo persistente;*
- b. *due perizie mediche certificano che la persona che desidera morire è in grado di intendere e volere in relazione al suo intento suicida e soffre di una malattia incurabile con prognosi di morte imminente;*
- c. *eventuali misure alternativi sono stati vagliati e, se auspicato, attuati;*
- d. *l'aiuto al suicidio è prestato facendo uso di una sostanza prescritta dal medico;*
- e. *è comprovato che il collaboratore non persegue uno scopo di lucro;*
- f. *per il controllo da parte delle autorità è allestita e conservata in modo sicuro una documentazione completa in merito a ogni caso di suicidio assistito.*

<sup>3</sup> *Il responsabile di un'organizzazione di aiuto al suicidio sottostà alla comminatoria della pena prevista dal capoverso 1 se, d'intesa con lui, il collaboratore non adempie una o più condizioni di cui al capoverso 2 o se l'organizzazione persegue uno scopo di lucro.*

<sup>4</sup> *Se il responsabile di un'organizzazione non applica la necessaria diligenza nella selezione, nella formazione e nel controllo del collaboratore, è punito con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria, se il collaboratore non adempie una o più condizioni di cui al capoverso 2.*

Tale disposizione ha per scopo quello di imporre a chiunque agisca nel quadro di un'associazione di aiuto al suicidio il rispetto di determinate condizioni. La norma è il risultato delle discussioni con i rappresentanti dei diversi ambienti interessati (in particolare giuridici, medici, religiosi ed etici). Occorre precisare quanto segue:

---

<sup>91</sup> Cfr. in merito n. 6.1.1.

### **Persone che potrebbero essere perseguite penalmente**

In linea di principio nel diritto svizzero soltanto una persona fisica può essere chiamata a rispondere penalmente. Per tale motivo, l'articolo 115 capoverso 1 CP prevede che a essere perseguita penalmente sia la persona che opera per un'organizzazione e che presta aiuto al suicidio<sup>92</sup>. I capoversi 3 e 4 prevedono che anche il responsabile di un'organizzazione di aiuto al suicidio possa essere perseguito penalmente se ha dato il suo consenso alla violazione di una o più condizioni previste dall'articolo 115 capoverso 2 CP o non rispetta i suoi obblighi di diligenza. In tal modo si vuole evitare che il responsabile possa sottrarsi a una qualsiasi forma di perseguimento penale celandosi dietro terzi. La nozione di organizzazione di aiuto al suicidio comprende sia le associazioni note oggi giorno sia le persone che operano da sole ma ripetutamente. Due medici che si consultano in merito a un caso particolare non rientrano nella fattispecie di tale articolo.

### **Lettera a (volontà espressa liberamente)**

La formulazione proposta si ispira alle raccomandazioni dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) nonché alla legislazione olandese e belga. È importante che la decisione di voler morire non sia frutto di alcuna pressione esterna.

### **Lettera b (accertamento da parte di un medico della capacità di discernimento e dell'imminenza della morte)**

Un'assistenza organizzata al suicidio è impunita soltanto se due perizie mediche certificano, da un canto, che la persona che desidera morire è in grado di intendere e volere e, dall'altro, che soffre di una malattia incurabile con prognosi di morte imminente. Contrariamente all'Olanda o al Belgio nonché alla posizione assunta dalla Commissione nazionale di etica, si rinuncia a estendere l'aiuto organizzato al suicidio alle persone affette da sofferenze fisiche e psichiche costanti e insopportabili senza prognosi di miglioramento.

### **Lettera c (misure alternative)**

I professionisti attivi in ambito sanitario hanno deplorato che le organizzazioni d'assistenza al suicidio non sempre vagliano con il suicidante le alternative che gli permetterebbero di continuare a vivere senza le sofferenze legate alla malattia. È dunque necessario obbligare le organizzazioni a informare in modo esaustivo la persona che le contatta sulle altre soluzioni possibili. In tal modo si evita che la persona decida di suicidarsi senza disporre di tutte le informazioni necessarie.

### **Lettera d (sostanze prescritte dal medico)**

La sostanza messa a disposizione della persona che intende suicidarsi deve poter garantire una morte indolore. Dal momento che soltanto un medico è in grado di valutare tale circostanza, la proposta prevede che la sostanza mortale venga prescritta dal medico, come avviene già attualmente per il pentobarbitale sodico. In tal modo sarebbe possibile evitare l'impiego dell'elio.

### **Lettera e (alcuno scopo commerciale)**

Tale condizione è intesa a garantire che il collaboratore sia mosso da motivi disinteressati e nobili.

### **Lettera f (obbligo di tenere e conservare una documentazione completa)**

Esigere dalle organizzazioni di conservare in modo sicuro i dati permette di garantire la protezione dei dati sensibili e di fornire alle autorità penali la documentazione necessaria nel quadro dell'istruzione.

---

<sup>92</sup> Tale formulazione si è ispirata alla proposta di P. Venetz (nota 51), pag. 189.

### **Capoversi 3 e 4 (responsabilità penale del responsabile dell'organizzazione)**

Tali capoversi istituiscono un caso speciale di partecipazione. Infatti, secondo il parere di diversi autori, gli articoli 24 e segg. CP non permettono di perseguire il responsabile dell'organizzazione soprattutto nel caso in cui il collaboratore non è mosso da motivi egoistici<sup>93</sup>.

### **Capoverso 4 (responsabilità penale del responsabile in caso di mancata diligenza nella scelta dei collaboratori)**

Tale colpa è meno grave della violazione degli obblighi di diligenza, motivo per il quale è stata prevista una pena meno severa.

#### Vantaggi

Sotto il profilo formale, tale variante presenta il vantaggio di non rendere necessaria una revisione della Costituzione. Per il resto i vantaggi sono simili a quelli illustrati al numero 5.1.3.

#### Svantaggi

La variante in questione comporta i medesimi problemi della variante «legge speciale» per quanto concerne la necessità di tracciare il confine tra le vite che meritano di essere protette e quelle che non lo meritano più, la legittimazione e la burocratizzazione dell'assistenza organizzata al suicidio, nonché la pressione esercitata sulla persona in fin di vita. Inoltre, anche applicando particolare attenzione all'elaborazione delle condizioni, è inevitabile ricorrere a nozioni molto vaghe, che proprio nell'ambito del diritto penale non sono auspicabili. A titolo di esempio, ogni medico può avere una visione diversa del concetto di malattia incurabile o di morte imminente. Ne risulterebbero pratiche molto differenziate, se non addirittura l'estensione dell'assistenza al suicidio a casi che il legislatore federale voleva giustamente evitare (ad es. alle persone sane, anziane o disabili, che non soffrono di una malattia con esito fatale). È pure estremamente difficile determinare la libertà di una persona, in particolare quando occorre, ad esempio, comprovare che la persona deceduta ha preso la decisione di sua iniziativa e senza pressioni psicologiche esterne. L'applicazione di una siffatta disposizione da parte delle autorità di perseguimento penale porrebbe problemi sia a livello d'interpretazione di ogni singola condizione sia per quanto concerne la ricerca delle prove. Infine, tale soluzione implica una strumentalizzazione della medicina e del medico che non corrisponde alla loro compito principale.

### **5.3. Motivi che hanno indotto il legislatore a istituire l'articolo 115 CP**

Dal momento che il suicidio non è considerato punibile, non lo dovrebbe essere neppure la partecipazione e ciò in ossequio alle regole generali sulla partecipazione (art. 24 segg. CP). Tuttavia, tenuto conto del valore centrale della vita umana, il legislatore ha comunque voluto derogare a questo principio, ammettendo la punibilità nel caso in cui chi presta assistenza al suicidio sia mosso da motivi egoistici. L'idea di fondo del legislatore era di non punire coloro che prestano aiuto al suicidio di un terzo se sono animati da sentimenti di amicizia, desiderano salvare l'onore di un camerata o agiscono nell'esclusivo interesse del suicidante. Deve esistere un legame di prossimità tra la persona che desidera morire e colui che presta il suo aiuto. Il legislatore non ha invece mai preso in considerazione il caso di un'attività organizzata e militante dell'assistenza al suicidio<sup>94</sup>.

Per ripristinare il carattere originario dell'articolo 115 CP e tenuto conto degli inconvenienti delle due varianti summenzionate, del limitato impatto che avrebbero sulla prassi attuale

---

<sup>93</sup> Cfr. C. Schwarzenegger (nota 54), pag. 93 segg.

<sup>94</sup> Per un'analisi storica particolareggiata dell'articolo 115 CP, si veda Schwarzenegger (nota 54), pag. 100 segg., nonché E. Lorenz, «Die "selbstsüchtigen Beweggründe" von Art. 115 StGB im Licht der Normentstehungsgeschichte», in: Jusletter del 4 maggio 2009.

delle associazioni di aiuto al suicidio e della legittimazione di certe pratiche, nonché dell'estensione delle indicazioni che ne potrebbero risultare, si potrebbe procedere alla pura e semplice interdizione delle organizzazioni di aiuto al suicidio oppure alla limitazione di tale interdizione alle persone o alle organizzazioni che fanno dipendere la loro assistenza dal versamento di un compenso.

### 5.3.1. Interdizione totale delle associazioni di aiuto al suicidio

Articolo 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio (variante 2)

Chiunque per motivi egoistici o *nell'ambito di un'organizzazione di aiuto al suicidio o in modo organizzato* istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.

Ripresa dal modello tedesco, tale soluzione implicherebbe l'interdizione senza condizioni dell'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio in Svizzera. Essa parte dal principio che una persona che agisce all'interno di un'associazione o da sola, ma ripetutamente, non può essere mossa soltanto da motivi altruistici o, comunque, intrecciare un legame sufficientemente forte con la persona desiderosa di porre fine alla sua esistenza per essere in grado di analizzare la situazione in modo serio. Con tale soluzione si cerca dunque di fronteggiare il rischio che l'assistenza al suicidio si trasformi in un procedura di routine puramente formale o, in altre parole, che i collaboratori si limitino a poche verifiche di consuetudine e a far firmare dei moduli, senza verificare in modo competente le motivazioni profonde della persona che si rivolge a loro e senza vagliare la possibilità di mettere in atto misure alternative.

#### Vantaggi

Una disposizione di questo tipo avrebbe il pregio di essere chiara e di poter essere applicata agevolmente dalle autorità di perseguimento penale. Tutt'al più è la nozione di «organizzazione» che potrebbe dar adito a qualche discussione. Con tale termine s'intende un'attività svolta ripetutamente (indipendentemente dal numero di persone) o esercitata in seno a una struttura raggruppante più persone, i cui rapporti sono strutturati secondo una gerarchia. Due medici che ad esempio si consultano in merito a un caso particolare non costituiscono un'organizzazione. Adottando una siffatta disposizione, in Svizzera non sarebbe più possibile praticare il «turismo della morte». Infine, lo Stato prenderebbe chiaramente posizione a favore di una protezione più rigorosa della vita umana e della rivalorizzazione di metodi alternativi che permettono di salvaguardare la vita del malato e preservarne la dignità senza svilire la sua volontà.

#### Svantaggi

Dal momento che l'attività delle organizzazioni d'aiuto al suicidio beneficia del consenso di una certa fascia della popolazione<sup>95</sup>, un'interdizione totale di tale attività potrebbe essere percepita come un diniego. Inoltre, ci si può chiedere se un'interdizione non indurrebbe le associazioni di aiuto al suicidio a operare in modo clandestino o a «disorganizzarsi» dal punto di vista formale, senza tuttavia cessare la loro attività. Per evitare ciò, è indispensabile che lo Stato non si limiti ad adottare dei divieti che lasciano le persone sole di fronte alla loro sofferenza, ma sostenga attivamente tutti i mezzi volti a favorire una fine dell'esistenza dignitosa e supportabile<sup>96</sup>.

---

<sup>95</sup> Nella rivista «L'Hebdo» del 9 aprile 2009, un'indagine effettuata a Losanna e a Berna rivela che il 56,5% degli Svizzeri potrebbe prendere in considerazione di ricorrere al suicidio assistito.

<sup>96</sup> Cfr. le misure menzionate al n. 7.

### 5.3.2. Divieto di accettare controprestazioni

Tale soluzione intende semplicemente concretizzare la nozione di «motivi egoistici», per evitare che dia adito a interpretazioni errate. In tal senso la persona che presta aiuto al suicidio senza percepire alcun compenso non è punibile. Essa però non può neppure chiedere la copertura delle spese sostenute.

In questo caso è possibile ispirarsi alla legge federale dell'8 ottobre 2004 sul trapianto di organi, tessuti e cellule (legge sui trapianti; RS 810.21; entrata in vigore il 1° luglio 2007), il cui articolo 6 capoverso 1 vieta, per la donazione di organi ecc. di origine umana, di «accettare un profitto finanziario o un altro vantaggio»<sup>97</sup>. La violazione del divieto di cui all'articolo 6 capoverso 1 è punito conformemente all'articolo 69 capoverso 1 lettera a della medesima legge con tre anni di detenzione o con una pena pecuniaria<sup>98</sup>. Tale norma penale può - all'occorrenza - essere ripresa nell'articolo 115 CP, consentendo una distinzione rispetto alla fattispecie di base. L'articolo 115 CP può inoltre essere ampliato con una norma sulla responsabilità delle imprese.

Articolo 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio (variante 3)

Chiunque istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto e accetta o si fa promettere a tal fine una controprestazione o agisce per motivi egoistici è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.

#### Vantaggi

Con tale proposta non si vieta l'assistenza organizzata al suicidio ma, rispetto all'attuale situazione giuridica e di fatto, la si delimita chiaramente a quei casi in cui si agisce effettivamente con motivazioni altruistiche. Le organizzazioni di aiuto al suicidio e i loro rappresentanti non potranno più accettare quei compensi in denaro, che tanta irritazione suscitano oggi giorno nell'opinione pubblica, sollevando richieste di maggiore trasparenza. È ben vero che nel caso di tale variante non vengono istituite nuove regole speciali in materia di diligenza a livello federale, ma con l'azzeramento dell'incentivo finanziario anche gli abusi dovuti alla pratica commerciale dell'assistenza organizzata al suicidio andrebbero diminuendo. In ultima analisi per quanto concerne gli obblighi di diligenza, ciò che importa è accertare il desiderio di morire e la capacità di discernimento della persona interessata, nonché evitare che le organizzazioni di aiuto al suicidio e i loro rappresentanti possano beneficiare di vantaggi

---

#### <sup>97</sup> **Legge sui trapianti, articolo 6 (Gratuità della donazione)**

<sup>1</sup> È vietato concedere o accettare un profitto finanziario o un altro vantaggio per la donazione di organi, tessuti o cellule di origine umana.

<sup>2</sup> Non è considerato profitto finanziario o altro vantaggio:

- a. il risarcimento della perdita di guadagno del donatore e delle spese direttamente occasionate al donatore;
- b. il risarcimento dei danni subiti dal donatore a causa del prelievo di organi, tessuti o cellule;
- c. un gesto simbolico di riconoscenza a posteriori;
- d. il trapianto incrociato tra vivi.

#### <sup>98</sup> **Legge sui trapianti, articolo 69 (Delitti)**

<sup>1</sup> È punito con la detenzione o con la multa fino a 200 000 franchi (ossia con una pena detentiva sino a tre anni o una pena pecuniaria), sempreché non si tratti d'un reato più grave secondo il Codice penale, chiunque intenzionalmente:

- a. concede o accetta un profitto finanziario o un altro vantaggio per la donazione di organi, tessuti o cellule di origine umana (art. 6 cpv. 1);

<sup>2</sup> Se l'autore ha agito per mestiere, la pena è la detenzione fino a cinque anni o la multa fino a 500 000 franchi (ossia con una pena detentiva sino a cinque anni o una pena pecuniaria).

<sup>3</sup> Se l'autore ha agito per negligenza, la pena è la detenzione fino a sei mesi o la multa fino a 100 000 franchi (ossia con una pena pecuniaria fino a 180 aliquote giornaliere).

finanziari o d'altra natura. Con questa proposta se ne tiene conto anche senza prevedere un disciplinamento legale esplicito, bensì partendo dal presupposto che le organizzazioni di aiuto al suicidio, alle quali non interessa l'aspetto finanziario, continueranno comunque a rispettare tali obblighi.

### Svantaggi

Tale soluzione non esclude tuttavia totalmente il rischio di un'assistenza meccanica, fondata unicamente sul libero arbitrio della persona che desidera porre fine alla sua esistenza. Occorre pure essere consapevoli del fatto che il sistema «prestazione – controprestazione» è molto difficile da applicare, come dimostrato nella pratica. Una parte dei membri di Exit, ad esempio, versano una quota annuale e non pagano alcun importo supplementare quando ricorrono all'aiuto al suicidio. È difficile dire se un simile caso rientrerebbe o meno nella fattispecie dell'articolo 115 CP modificato come sopra. Coloro che non sono membri potrebbero comunque sostenere gli scopi delle organizzazioni e finanziare la loro attività; la situazione sarebbe dunque molto simile a quella attuale<sup>99</sup>.

## **6. Valutazione delle opzioni analizzate**

### **6.1. Costituzionalità**

#### **6.1.1. Legge speciale sull'assistenza organizzata al suicidio**

Una legge speciale vera e propria sull'assistenza organizzata al suicidio non rientra nel quadro delle competenze penali che spettano alla Confederazione, previste dall'articolo 123 capoverso 1 Cost. Nel caso di una siffatta legge sarebbe necessario rispettare le disposizioni generali della Costituzione federale riguardanti la competenza<sup>100</sup>, secondo cui la Confederazione è tenuta a disciplinare soltanto quegli ambiti per i quali la Costituzione le riconosce una competenza implicita o esplicita.

Come già illustrato nel rapporto sull'eutanasia, la Costituzione non attribuisce alla Confederazione una competenza generale nell'ambito dell'aiuto al suicidio. Le molteplici competenze federali parziali, come ad esempio quella di legiferare in materia di diritto civile secondo l'articolo 122 Cost. o nell'ambito del diritto sanitario in materia di prescrizioni su farmaci, stupefacenti e oggetti che possono mettere in pericolo la salute secondo l'articolo 118 capoverso 2 Cost., non forniscono basi costituzionali sufficienti affinché la Confederazione possa intervenire in tale misura. Occorrerebbe dunque modificare la Costituzione.

#### **6.1.2. Integrazione o modifica dell'articolo 115 CP**

L'articolo 123 capoverso 1 della Costituzione federale svizzera (Cost.; RS 101), conferisce alla Confederazione la piena competenza legislativa nel campo del diritto penale. Secondo l'opinione dominante, alla Confederazione è accordata la competenza di legiferare in materia di diritto penale soltanto per le norme che tradizionalmente rientrano in un Codice penale<sup>101</sup>. Nell'ambito di tale competenza è possibile inserire in una norma del diritto penale fondamentale indicazioni volte a delimitare il reato dagli atti non punibili, contribuendo in tal modo a

---

<sup>99</sup> In merito alle difficoltà che le autorità di perseguimento penale incontrano attualmente per dimostrare l'arricchimento, si veda il n. 2.4.

<sup>100</sup> J.-F. Aubert, in: dello stesso autore / P. Mahon, *Petit commentaire de la Constitution fédérale de la Confédération suisse*, 18 aprile 1999, Zurigo 2003, ad art. 123, n. marg. 6 segg.

<sup>101</sup> H. Vest, in: B. Ehrenzeller e altri autori, (ed.), *St. Galler Kommentar zur Bundesverfassung*, 2a edizione, Berna 2007, ad art. 123 Cost. n. marg. 2.

prevenire un reato che evidenzia gli elementi costitutivi della fattispecie<sup>102</sup>. Di conseguenza, la competenza legislativa della Confederazione di cui all'articolo 123 capoverso 1 Cost. sarebbe data per una revisione dell'articolo 115 CP nelle varianti 1 e 3.

## **6.2. Quali opzioni consentono di raggiungere l'obiettivo limitando al minimo gli svantaggi?**

L'opzione che prevede una legge speciale è quella che presenta i maggiori svantaggi: tale opzione è connessa a problemi di costituzionalità (cfr. sopra n. 6.1.1.), al problema della legittimazione da parte dello Stato – e quindi, in ultima analisi, alla promozione dell'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio –, nonché a complesse questioni di delimitazione rispetto a una legislazione in materia di vigilanza (cfr. sopra n. 4.2. e 5.1.3.). Inoltre, paragonando le varie legislazioni straniere, si constata che, nonostante esse mirino in generale a istituire limiti molto rigorosi per la pratica dell'aiuto al suicidio, in realtà si verifica una continua estensione delle indicazioni per la pratica del suicidio assistito.

Tra le varianti che prevedono un disciplinamento nel Codice penale, è la variante 1 quella che prende maggiormente in considerazione gli aspetti da approfondire indicati dal Consiglio federale nel luglio del 2008. Va tuttavia generalmente constatato che un disciplinamento legale degli obblighi di diligenza, sia nel Codice penale sia anche in seno a un'altra legge, comporterebbe inevitabilmente una burocratizzazione dell'assistenza (organizzata) al suicidio. Inoltre, un sistema che non stabilisce una vera e propria procedura di autorizzazione, ma che prevede conseguenze penali nel caso in cui non siano rispettati gli obblighi di diligenza fissati dalla legge per l'assistenza organizzata al suicidio, sarebbe fonte di importanti problemi a livello probatorio.

È dubbio che nuovi obblighi di documentazione imposti dalla legge possano portare un miglioramento rispetto alla situazione odierna delle autorità di perseguimento penale quando si tratta di procedere agli accertamenti riguardanti decessi di questo tipo, poiché le verifiche successive comportano sempre il rischio di un formalismo burocratico. Molto più significativa potrebbe essere eventualmente una misura preventiva come, ad esempio, un approfondito accertamento medico delle condizioni della persona desiderosa di morire. Un obbligo di documentazione andrebbe dunque combinato anche con l'obbligo che prevede un esame medico preventivo nei casi di suicidio assistito. Nella pratica è tuttavia emerso che le associazioni di aiuto al suicidio possono facilmente sottrarsi a una vigilanza troppo rigorosa. Dal punto di vista preventivo, scindere l'assistenza organizzata al suicidio da un controllo medico rappresenta un'evoluzione negativa.

Le varianti 2 e 3 destinate a ripristinare lo spirito originario dell'articolo 115 CP (ossia impunità dei congiunti che agiscono in modo disinteressato) sembrano pure adeguate per contrastare gli abusi verificatisi nell'ambito dell'aiuto organizzato al suicidio, senza comportare gli inconvenienti insiti nelle altre soluzioni (applicazione complessa, burocratizzazione eccessiva e legittimazione dell'assistenza organizzata al suicidio). In ambedue i casi il sistema «liberale» auspicato dal legislatore svizzero non viene messo in discussione: l'assistenza al suicidio rimane possibile, ma unicamente se compiuta all'interno di un contesto privato o in modo del tutto disinteressato. La variante 2 parte dal principio che tali condizioni non possono essere date in seno a un'organizzazione e, di conseguenza, la vieta. È fuori dubbio che gli effetti di tale opzione sarebbero i più tangibili ed essa avrebbe il vantaggio di semplificare il lavoro delle autorità di perseguimento penale. Tale soluzione garantirebbe anche un minor rischio di errata interpretazione e cattiva applicazione. Essa potrebbe tuttavia incontrare la resistenza di una parte della popolazione come pure di quegli ambienti politici che ritengono il suici-

---

<sup>102</sup> Disposizioni simili si trovano anche in altri articoli del Codice penale, come ad esempio nell'art. 118 segg. CP sull'interruzione della gravidanza.

dio assistito un modo valido e dignitoso di porre fine alla propria vita nel momento in cui le condizioni di vita non corrispondono più all'immagine di qualità e di dignità che ci si attende. Contrariamente alla variante 2, la variante 3 ammette l'assistenza al suicidio compiuta in modo disinteressato in seno a un'organizzazione, sempre che quest'ultima non percepisca un compenso per l'assistenza fornita. Meno estrema della variante 2, tale soluzione non elimina tuttavia completamente il rischio che le organizzazioni continuino le loro attività come sinora; in effetti la questione dell'applicazione del criterio «prestazione - controprestazione» è molto delicata e si potrebbe anche presumere che le organizzazioni interessate si facciano semplicemente finanziare da persone diverse da quelle che desiderano suicidarsi.

La breve sintesi delle due possibilità di modifica dell'articolo 115 CP, ossia l'introduzione di obblighi di diligenza da un canto e l'interdizione delle organizzazioni di assistenza al suicidio o del percepimento di controprestazioni dall'altro, evidenzia che il legislatore ha gli strumenti per intervenire affinché si ponga fine o almeno un freno agli eccessi attuali.

## **7. Altre opzioni a livello federale**

Le esperienze raccolte finora hanno dimostrato che per ridurre il numero dei casi nell'ambito dell'assistenza organizzata al suicidio occorre potenziare la prevenzione del suicidio e la medicina palliativa, poiché ambedue possono offrire alle persone desiderose di morire una alternativa al suicidio. Qui sotto sono illustrate le possibilità d'intervento della Confederazione in questi due ambiti.

### **7.1. Prevenzione del suicidio**

Ad oggi è generalmente riconosciuto che le misure di prevenzione devono essere orientate all'insieme della popolazione e a determinati gruppi a rischio. Per questo motivo l'OMS (1986), le Nazioni Unite (1996), l'OMS Regione Europa (2005) e l'Unione europea (UE; 2005, 2008) incoraggiano gli Stati membri a ridurre la propensione al suicidio mediante misure innovative e di carattere globale sia all'interno del settore sanitario sia in altri ambiti. La Confederazione tuttavia ha una limitata competenza legislativa nell'ambito della prevenzione del suicidio. Ciononostante, diverse disposizioni in materia di competenza le permettono di ordinare provvedimenti con effetto preventivo contro il suicidio, purché non costituiscano un'ingerenza illecita nelle libertà personali dei cittadini o ledano il principio della proporzionalità<sup>103</sup>.

#### **Minore disponibilità di mezzi letali**

Il nesso tra la disponibilità di mezzi letali e il metodo scelto per compiere il suicidio è ormai appurato a livello mondiale. È pure scientificamente comprovato l'effetto positivo della riduzione delle sostanze tossiche nelle miscele di gas domestico, dei dosaggi delle sostanze psicoattive e delle armi da fuoco.

- In seguito alla detossificazione del gas domestico, a partire dagli anni 70 nelle statistiche delle cause di morte in Svizzera non si registrano più suicidi per intossicazione compiuti con questo tipo di gas.
- Con interventi edili è possibile impedire in modo efficace che le persone si buttino dagli edifici e dai ponti. Un recente studio ha dimostrato che si è potuto ridurre il numero

---

<sup>103</sup> Cfr. P. Tschannen / M. Buchli, *Verfassungs- und Gesetzesgrundlagen des Bundes im Bereich der Suizidprävention*, Berna 2004.

dei suicidi nelle regioni ove sono stati realizzati tali interventi<sup>104</sup>. L'attuazione di questi ultimi spetta ai Cantoni.

- Nel novembre del 2008 un gruppo di esperti ha presentato al Capo del Dipartimento federale della difesa, della protezione della popolazione e dello sport (DDPS) un rapporto nel quale è stata in particolare esaminata la possibilità di prevedere l'obbligo per ogni persona che presta servizio militare di consegnare l'arma di ordinanza all'arsenale. Il Capo del DDPS informerà il Consiglio federale del risultato e gli sottoporrà eventuali proposte di modifica.

### **Prevenzione delle malattie e misure a favore della salute**

L'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) intende fornire un contributo agli attuali programmi di prevenzione della Confederazione in particolare per quanto concerne i giovani. Rientrano invece nella competenza dei Cantoni i provvedimenti di sanità pubblica volti alla prevenzione e all'individuazione precoce delle malattie psichiche e della propensione al suicidio. Tra Confederazione e Cantoni vi è un costante scambio di informazioni sul tema nell'ambito del dialogo nazionale in materia di politica sanitaria, manca tuttavia un vero e proprio comitato nazionale di promozione che possa ridurre in modo efficace le conseguenze di patologie psichiche come la depressione e la propensione al suicidio.

Per una diagnosi precoce e un'ottimizzazione delle cure contro la depressione e la propensione al suicidio, sempre più Cantoni promuovono le «Alleanze contro la depressione», che hanno dato buoni risultati. Le attività di aggiornamento di tali programmi s'indirizzano in modo mirato ai medici di famiglia e ad altri professionisti che vengono a contatto con persone che si trovano in situazioni difficili. Il pubblico è tenuto al corrente dei progressi mediante una campagna d'informazione congiunta sulla malattia e le sue conseguenze. Nella regione pilota di Norimberga (D) è stato possibile documentare una riduzione del tasso dei suicidi del 25 per cento rispetto alla regione di controllo, nella quale non era in corso un programma d'intervento mirato<sup>105</sup>. L'UFSP sostiene i Cantoni affinché procedano in modo concertato all'introduzione di tale programma. Inoltre, nel quadro della strategia del Consiglio federale «Migrazione e salute» vengono elaborate informazioni sulla malattia destinate alla popolazione migrante in Svizzera. In collaborazione con le organizzazioni specializzate, l'UFSP aggiorna la documentazione per i corsi di perfezionamento. Chi è in crisi necessita di aiuto, comprensione e sensibilità da parte dei diversi specialisti, che aiutano le persone che soffrono di malattie psichiche e si trovano in situazioni d'emergenza ad affrontare situazioni di vita difficili. Tale sostegno deve essere garantito anche nei Comuni.

Gli studi dimostrano, inoltre, che il modo in cui i media trattano la tematica del suicidio può scatenare un desiderio di emulazione. Al fine di evitare il cosiddetto «effetto Werther», nel 1994 sono state pubblicate le prime direttive per gli operatori dei media, che in Svizzera vengono in parte seguite. Tuttavia, tali misure non rientrano nelle competenze dello Stato, altrimenti occorrerebbe elevare le direttive a leggi o a regolamentazioni statali vincolanti.

## **7.2. Incentivazione delle cure palliative**

Le cure palliative comprendono tutti gli interventi medici e curativi, compresa l'assistenza psichica, sociale e spirituale ai pazienti che soffrono di malattie incurabili, con esito fatale o

---

<sup>104</sup> T. Reisch, U. Schuster, K. Michel. *Suicide by jumping and accessibility of bridges: results from a national survey in Switzerland. Suicide Life Threat Behav.* 2007 Dec; 37(6): 681-7.

<sup>105</sup> U. Hegerl e altri, *The European Alliance Against Depression (EAAD): A multifaceted, community-based action programme against depression and suicidality. World J Biol Psychiatry*, 2008; (2): 51-8.

con progressione cronica. Il loro scopo è di assicurare la migliore qualità di vita possibile al malato fino al termine della vita.

### **Lacune: offerta e finanziamento, livello d'informazione, formazione e ricerca**

**Offerta e finanziamento:** l'offerta di cure palliative varia in funzione del Cantone e dell'area geografica. In Svizzera, ad esempio, vi sono ancora lacune per quanto concerne i team mobili a livello ambulatoriale od ospedaliero. Sovente nel nostro Paese il coordinamento dell'assistenza dei pazienti che necessitano di cure palliative è insufficiente. Diversi quesiti relativi al finanziamento delle prestazioni di medicina palliativa restano ancora irrisolti.

**Livello d'informazione:** in Germania il 95 per cento della popolazione non conosce le cure palliative<sup>106</sup>. Si può supporre che in Svizzera i risultati siano simili.

**Formazione, aggiornamento e perfezionamento:** l'offerta formativa in materia di cure palliative è una novità degli ultimi anni introdotta grazie a iniziative regionali. In certe regioni l'offerta è ampia, tuttavia a livello svizzero le proposte formative globali sono ancora poco coordinate e rimangono eterogenee.

**Ricerca:** sinora la Confederazione non ha incentivato in modo sistematico la ricerca nel settore delle cure palliative. In un regime di libera concorrenza per reperire i fondi, il settore delle cure palliative ha difficoltà ad affermarsi.

In generale, nel corso dei prossimi anni le cure palliative assumeranno sempre maggiore rilevanza nel nostro Paese. I motivi di tale evoluzione risiedono anche nell'aumento delle patologie croniche e nello sviluppo demografico.

### **Legislazione**

In virtù delle competenze riconosciute dalla Costituzione e dalla legge, la Confederazione dispone di un margine di manovra nei settori dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie, della formazione, dell'aggiornamento e del perfezionamento, della ricerca e in parte dell'informazione. I Cantoni invece sono competenti per inserire nella loro pianificazione assistenziale un'offerta sufficiente di cure palliative sul loro territorio.

### **Misure per promuovere le cure palliative: progetto nazionale nel campo delle cure palliative**

Nell'estate del 2008 il consigliere federale Pascal Couchepin ha dichiarato che la promozione delle cure palliative costituisce una delle sue priorità. In occasione della seduta annuale del Dialogo sulla politica sanitaria nazionale, tenutasi il 23 ottobre 2008, su richiesta del Consigliere federale Couchepin, la Confederazione e i Cantoni hanno istituito un comitato nazionale volto a promuovere le cure palliative e lanciato un progetto nazionale in questo settore. Scopo del comitato nazionale è ottimizzare l'integrazione delle cure palliative nel sistema sanitario svizzero. Il comitato si compone di esperti della Confederazione, dei Cantoni e delle organizzazioni specializzate. In questo momento vi sono circa 80 persone che elaborano proposte concernenti misure di promozione nell'ambito del finanziamento e dell'offerta, dell'informazione, della formazione, dell'aggiornamento, del perfezionamento nonché della ricerca. I risultati sono attesi per agosto 2009, unitamente al piano di attuazione. Il Dialogo (Confederazione e Cantoni) deciderà presumibilmente in ottobre 2009 come concretizzare tali misure. Per ora il finanziamento di questi interventi non è tuttavia garantito. È stata inoltre presentata una proposta per un programma nazionale di ricerca sulle cure palliative nella fase finale della vita. La proposta è in esame e il Consiglio federale deciderà in merito alla fine del 2009 o all'inizio del 2010.

---

<sup>106</sup> Cfr. le risposte date in occasione del sondaggio «*Was denken die Deutschen über Palliative Care?*» (Cosa pensano i tedeschi delle cure palliative?), effettuato nel 2003 da Deutsche Hospiz Stiftung, consultabile al link: [www.hospize.de/docs/stellungnahmen/14.pdf](http://www.hospize.de/docs/stellungnahmen/14.pdf).

## 8. Conclusioni

Nessuna delle varianti summenzionate presenta soltanto vantaggi. È tuttavia possibile affermare che la variante della legge speciale è quella che meno si addice a raggiungere gli scopi che ci si è fissati oltre a comportare un numero elevato di svantaggi. Tale soluzione va dunque scartata. Rimangono dunque due soluzioni quasi equivalenti per quanto concerne gli effetti pratici e la praticabilità. Se la variante 2 (interdizione delle organizzazioni di assistenza al suicidio) è quella che presenta i vantaggi pratici più evidenti e permette un'applicazione relativamente agevole, la variante 1 (introduzione di obblighi di diligenza per le organizzazioni di assistenza al suicidio nell'art. 115 CP) è quella che sembra più sostenibile sul piano politico, permettendo comunque di ridurre sia i casi di suicidio assistito in Svizzera sia gli abusi in questo ambito.

A prescindere da quale variante il legislatore federale prediligerà, la Confederazione dovrebbe utilizzare le competenze di cui dispone per prevenire qualsiasi forma di suicidio (cfr. cap. 7.1.) e per migliorare l'offerta, la formazione, la ricerca e l'informazione in materia di cure palliative, nonché nell'ambito dell'accompagnamento dei malati e degli anziani (cfr. cap. 7.2.).