

Il suicidio assistito in Svizzera. Un abuso del codice penale

Giovanni Fantacci

Introduzione

In Svizzera vige una particolare normativa legale non contemplata in altri Paesi.

In Svizzera la cessazione della vita su richiesta è un reato perseguibile (Art. 114 del Codice penale), l'assistenza al suicidio è invece solo perseguibile se prestata per motivi egoistici (Art. 115).

Art. 115 del Codice penale svizzero (CP): «Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con la reclusione sino a cinque anni o con la detenzione».

Il progetto di legge concernente il reato speciale di istigazione e aiuto al suicidio, presentato dal Consiglio federale nel 1918, si concretizzò infine con l'Art. 115 del Codice penale svizzero (CP). L'art. 115 CP costituisce una via di mezzo fra due "estremi": assoluta impunità e punibilità differenziata. Si tratta di una soluzione di compromesso: è riconosciuta in linea di principio la punibilità dell'aiuto al suicidio, ma al tempo stesso la punibilità è circoscritta ad azioni commesse per motivi egoistici. Questo articolo di legge è entrato in vigore molto prima dell'attuale dibattito ed ha assunto rilevanza politica solo negli ultimi due decenni¹.

Prima di fare alcune osservazioni sul suicidio assistito vorrei accennare agli aspetti giuridici del Codice penale relativi all'articolo in questione².

Fattispecie oggettiva. La prima e fondamentale caratteristica della fattispecie è il suicidio consumato. L'aspirante suicida provoca da

solo e deliberatamente la propria morte (dominio sull'azione). Se per contro è un altro a provocare la sua morte (per es. istigandolo al suicidio mediante gravi maltrattamenti o somministrandogli la sostanza letale) non siamo allora in presenza di un suicidio, ma di omicidio premeditato (punibile in base agli Art. 111-114 CP). Gli atti dell'«istigazione» (Art. 24 CP) o dell'«aiuto» (Art. 25 CP) sono punibili solo se il suicidio è stato consumato o almeno tentato.

Fattispecie soggettiva. La fattispecie soggettiva richiede la volontà di provocare il suicidio o di agevolarne l'attuazione. La partecipazione colposa non è invece punibile in base alla dottrina dominante. Inoltre chi partecipa deve agire per «motivi egoistici».

Si pongono complesse questioni d'interpretazione in relazione ai seguenti aspetti del problema:

Capacità d'intendere. L'applicazione dell'Art. 115 CP presume che l'aspirante suicida sia in condizione di intendere la portata del suo gesto e di agire conformemente a questa consapevolezza. Se ciò non è il caso, i partecipanti potranno essere eventualmente puniti per delitto contro la vita in base agli Art. 111 sgg. CP. Si può dubitare di una evidente volontà di suicidio in presenza per es. di chiare turbe e malattie psichiche dell'aspirante suicida. Per i bambini non si ammette in linea di principio la possibilità di una libera volontà; la stessa considerazione dovrebbe farsi per gli adolescenti. Nei singoli casi occorre chiarire le circostanze del suicidio o del tentato suicidio. L'atto del suicidio in sé non è comunque motivo sufficiente per escludere la capacità d'intendere.



Medico di famiglia, Svizzera. Membro della Federazione Internazionale dei Centri ed Istituti di Bioetica di Ispirazione Personalista (FIBIP)

Mancato impedimento del suicidio. Qui si pone il problema della punibilità del garante (per es. del coniuge o del medico) che omette deliberatamente di salvare la vita dell'aspirante suicida. In discussione è l'obbligo d'intervenire almeno nel momento in cui l'aspirante suicida perde il controllo delle proprie azioni (per es. in caso di perdita della conoscenza). Nella fattispecie dovrebbe prevalere la tesi della punibilità soltanto in presenza di motivi egoistici (Art. 115 CP).

Movente. I «motivi egoistici» non consistono unicamente nella ricerca di un vantaggio materiale da parte di chi presta aiuto al suicidio. Bisogna partire da un concetto più ampio dei motivi egoistici; nel testo di legge ciò è messo in rilievo dal fatto che non si fa uso dell'espressione di «avidità di guadagno» (usata in altra circostanza). Il concetto dei «motivi egoistici» comprende anche il soddisfacimento di bisogni emotivi (per es. odio, spirito di vendetta, cattiveria). È sufficiente dunque che sussista un motivo egoistico.

Per meglio comprendere il dibattito sull'eutanasia in Svizzera occorre conoscere le iniziative politiche in merito³.

1994 - Mozione V. Ruffy, sottoscritta da altri ventiquattro parlamentari svizzeri, per l'adozione del modello olandese.

1995 - Istituzione di un gruppo di lavoro da parte del Consiglio federale.

1999 - Raccomandazione del gruppo di lavoro: legalizzazione della cessazione della vita su richiesta di malati gravi, feriti e malati terminali, praticata da medici o dal personale infermieristico (8 a favore, 6 contrari - purtroppo anche il Prof. A. Bondolfi, teologo cattolico, si è schierato con i favorevoli).

2000 - Rigetto della summenzionata raccomandazione da parte del Consiglio federale (5 contrari, 2 favorevoli) che auspica invece la promozione della medicina palliativa.

2000 - Iniziativa parlamentare del consigliere nazionale Prof. Dott. med. F. Cavalli, favorevole all'eutanasia.

Il Consiglio federale e il parlamento hanno ripetutamente detto no a una limitazione della proibizione dell'omicidio di consenzienti. Nel 2000 il parlamento respinse la mozione Ruffy e nel 2001 sia la mozione Zäch che l'iniziativa parlamentare Cavalli.

2004 - Mozione per una *Assistenza al malato terminale e medicina palliativa*, presentata dal Consiglio degli Stati: la mozione incarica il Consiglio federale di presentare proposte per un disciplinamento legislativo dell'assistenza al malato terminale e di prendere misure atte a favorire la medicina palliativa.

2005 - Mozione del PRS (Partito liberale svizzero) *Lavori di esperti in merito dell'assistenza al malato terminale*.

A seguito delle due ultime iniziative il Dipartimento di giustizia e

polizia ha presentato un rapporto: *Assistenza al malato terminale e medicina palliativa - La Confederazione deve legiferare?* Il rapporto è stato pubblicato il 24 aprile 2006. Ecco le conclusioni più importanti di questo documento.

A livello federale non sussiste la necessità di legiferare in merito all'assistenza passiva al malato terminale e all'assistenza con possibile accelerazione della morte. Occorre promuovere la medicina palliativa nella formazione e specializzazione universitaria delle professioni mediche. In linea di massima e a livello federale non è necessario disciplinare per legge il suicidio assistito. Sussistono rischi di abuso in merito alla capacità d'intendere delle persone, in special modo degli adolescenti, dei malati psichici e terminali, nonché in merito alla situazione finanziaria delle persone, alla loro volontà e al dominio sull'azione. Sarà eventualmente necessario procedere alla revisione della legge sugli stupefacenti: sono ipotizzabili

I «motivi egoistici» non consistono unicamente nella ricerca di un vantaggio materiale da parte di chi presta aiuto al suicidio

condizioni più restrittive per la prescrizione e la dispensa del pentobarbital sodico. È stata decisa la non entrata in materia per la modifica dell'Art. 115 CP in quanto non è la legge che costituisce problema, bensì la sua interpretazione.

Organizzazioni a livello nazionale

Due organizzazioni hanno una particolare rilevanza in Svizzera in merito al dibattito sull'assistenza al malato terminale.

L'Accademia svizzera delle scienze mediche ASSM (www.samw.ch) fu fondata nel 1943. Ne fanno parte personalità dei vari rami della medicina. Esse elaborano direttive in merito a diverse questioni etiche che sono vincolanti per il corpo medico. Negli ultimi anni sono state formulate le seguenti e importanti direttive attinenti alla nostra tematica:

- *Palliative Care* (2006)⁴.
- Diritto all'autodeterminazione delle pazienti e dei pazienti (2005)⁵.
- Assistenza dei pazienti terminali (2004)⁶.
- Terapia e assistenza delle persone anziane bisognose di cure (2004)⁷.
- Cura e assistenza dei lungodegenti cerebrolesi in forma grave (2003)⁸.

L'Accademia svizzera delle scienze mediche ribadisce nelle sue direttive etiche che l'assistenza al suicidio non rientra fra le prestazioni a cui è tenuto il medico⁹. Ma nelle direttive approvate nel 2005 e riguardanti l'assistenza al malato terminale l'Accademia ha però ammesso la possibilità dell'assistenza al suicidio e ha perciò derogato ai suoi principi. L'assistenza non deve essere necessariamente offerta da medici¹⁰.

Il governo svizzero ha creato il 3 luglio 2001 una Commissione nazionale d'etica (CNE) (www.nek-cne.ch) per le questioni della medicina umana. La Commissione è costituita da ventitrè membri di varie discipline. Il suo compito è di individuare per tempo le questioni etiche che possono sorgere in seguito all'evoluzione della medicina e delle scienze biomediche e di prendere posizione in modo normativo.

La CNE si è espressa ampiamente in merito all'aiuto al suicidio. Ecco le più importanti prese di posizione in merito alla nostra tematica.

N. 13/2006 Criteri di diligenza da applicare nel suicidio assistito

La CNE esige un controllo statale delle organizzazioni di aiuto al suicidio mediante l'applicazione dei criteri di diligenza formulati in seguito al dibattito sul suicidio assistito. Il controllo statale delle organizzazioni di aiuto al suicidio costituirebbe però di fatto il riconoscimento del suicidio assistito da parte dello Stato e va quindi respinto. Ecco alcune importanti conclusioni di questa presa di posizione. Per l'aiuto al suicidio devono sussistere le seguenti condizioni:

Chi intende togliersi la vita con l'aiuto di terzi ha piena consapevolezza della sua decisione. Il desiderio di suicidarsi è sorto in seguito a gravi sofferenze dovute a malattia. Non deve essere prestato aiuto a persone afflitte da disturbi psichici e il cui desiderio di suicidarsi è espressione o sintomo della malattia. Il desiderio di suicidarsi deve manifestarsi in modo durevole e costante: non deve essere dovuto a uno stato emotivo o a una crisi presumibilmente passeggera. Il desiderio di suicidarsi non può essere conseguenza di pressioni esterne. Devono essere esaminate e discusse con l'aspirante suicida tutte le altre possibilità conformemente ai suoi desideri. Sono assolutamente necessari vari colloqui personali e discussioni approfondite. La decisione non può essere presa dopo un solo colloquio. La valutazione della situazione deve essere confermata da un esperto indipendente.

N. 09/2005 Il suicidio assistito¹¹

Questo documento costituisce un'analisi approfondita di ogni aspetto dell'aiuto al suicidio (evoluzione storica e politica, ricerca sul suicidio).

Nel settembre del 2009 il pubblico ministero del cantone di Zurigo ha stipulato un accordo con Exit, l'associazione per l'aiuto

al suicidio (in questo cantone si registrano quasi tutti i casi di suicidio assistito poiché vi opera l'associazione *Dignitas*). In base a tale accordo *Exit* si era dichiarata disposta a rispettare determinati criteri (conformi ai summenzionati criteri della Commissione nazionale di etica). Dal canto suo il pubblico ministero dovrebbe astenersi dall'esaminare i casi di suicidio assistito. Contro questa intesa tre organizzazioni (*Human life international*, l'Associazione dei medici cattolici svizzeri e la Società svizzera di bioetica) hanno inoltrato ricorso presso il Tribunale Federale. Nella seduta pubblica del 16 giugno 2010 il Tribunale Federale non è entrato nel merito del ricorso, ma ha ugualmente invalidato l'accordo. I giudici federali hanno ritenuto che tale accordo viola il diritto federale e che le autorità cantonali interessate sono andate al di là delle loro competenze.

Questo accordo potrebbe infatti avere come conseguenza che un reato passi inosservato in singoli casi di suicidio assistito. Il Tribunale Federale ha costatato che questa regolamentazione è in contrasto con le disposizioni concernenti le indagini previste in casi di morte insolita e viola perciò la giurisdizione penale vigente nel cantone di Zurigo. Simili accordi bilaterali attentano al diritto fondamentale alla vita, tanto più considerando che potrebbero essere soppresse illegalmente vite umane.

I giudici federali hanno più volte definito l'accordo un finto accordo con cui si cerca di sottrarsi al controllo giudiziario: un caso estremamente problematico per uno Stato di diritto poiché così si emargina in ultima analisi la volontà popolare¹².

Le organizzazioni per il suicidio assistito

L'associazione *Exit*, la quale svolge la sua attività nella Svizzera tedesca, abusa della non punibilità dell'aiuto al suicidio (prevista se si

escludono motivi egoistici) per offrire la sua assistenza e diffondere le istruzioni pratiche per attuare il suicidio¹³. *Exit* - Associazione per una morte umana - è stata fondata nel 1982 (i soci sono ca. 80.000). Nel 1998 nacque una seconda organizzazione per l'aiuto al suicidio, *Dignitas* (vita con dignità, morte con dignità). Quest'associazione ha ca. 4.500 soci nel mondo intero, 600-700 dei quali risiedono in Svizzera.

L'analisi dei dati d'archivio di *Exit Deutsche Schweiz* (Exit Svizzera tedesca) per il periodo 1990 - 2000 indica che i 748 casi di suicidio a cui *Exit* ha prestato assistenza rap-

presentano lo 0.2% di tutti i decessi e il 4,8% dei suicidi avvenuti in questo periodo (14.759). Nel decennio in esame i casi di suicidio con l'assistenza di *Exit* si sono triplicati¹⁴. C'è stato però anche il caso del medico cantonale di Basilea che nel 1998 impedì ad *Exit* di

L'Accademia svizzera delle scienze mediche ribadisce nelle sue direttive etiche che l'assistenza al suicidio non rientra fra le prestazioni a cui è tenuto il medico

aiutare una giovane donna a suicidarsi: questa era solo depressa ma in buone condizioni fisiche. Nella sua dissertazione *Suicidi assistiti da Exit a Basilea*¹⁵ T. A. Schenker giunge a conclusioni raccapriccianti. Essa ha studiato il caso di quarantatré persone suicidatesi con l'aiuto di *Exit* tra il 1992 e il 1997. Fra di esse figuravano anche persone affette da patologia psichiatrica; meno della metà erano colpite da tumori maligni. Non di rado le diagnosi risultavano insufficienti o errate. Alcuni esempi: in un caso *Exit* ha messo a protocollo semplicemente "reumatismo". Nel caso di un altro paziente la diagnosi di *Exit* era "cancro dei polmoni", mentre l'istituto di medicina legale diagnosticò una bronchite cronica. Nel 23% dei suicidi assistiti non trascorsero nemmeno sette giorni tra la presa di contatto del malato con l'associazione e l'assunzione della sostanza letale; in tre casi addirittura non passò nemmeno un giorno. La gravità di questi fatti può essere valutata alla luce di altre esperienze ampiamente comprovate. Se il paziente può gio-

varsi di una terapia palliativa efficace il desiderio di togliersi la vita svanisce rapidamente. Inoltre vari studi catamnesticici su migliaia di soggetti che avevano alle spalle un serio tentativo di suicidio sono unanimi nelle conclusioni: l'85-95% degli ex aspiranti al suicidio risultano ancora in vita anni e persino decenni dopo il tentato suicidio e non hanno più avuto tendenze suicide¹⁶.

I risultati della ricerca sul suicidio concordano nel ritenere che la mancanza di prospettive sia il motivo principale che spinge al suicidio. Altri motivi possono essere la disperazione, una ridotta capacità percettiva ed emotiva, una sensazione di pericolo, l'isolamento, la vergogna, una rabbia narcisista. Le azioni che portano al suicidio possono essere in parte considerate come tentativi di salvare un'autostima vacillante mediante una decisione autonoma oppure come tentativi di prevenire una fine disonorevole con un'azione risoluta. Le malattie psichiche sono il maggiore fattore di rischio. Il 90% di tutti coloro che si suicidano soffrono di depressione o di altro disturbo psichico diagnosticabile o sono affetti da una dipendenza¹⁷.

In studi psichiatrici autoptici si è potuto constatare che il 40-50 % dei suicidi erano afflitti da malumore profondo di natura depressiva al momento di togliersi la vita. Al tempo stesso risultava una forma di dipendenza nel 40 % dei casi: è noto che circa un quinto di tutti i suicidi sono alcolisti. Il 10% dei suicidi sono affetti da schizofrenia¹⁸.

Il desiderio di morire e di suicidarsi dei malati psichici è spesso espressione o sintomo della loro malattia. Perciò gli aspiranti suicidi che soffrono di una malattia psichica – associata eventualmente a una malattia somatica – necessitano in primo luogo di cure psichiatriche e di psicoterapie. Se il desiderio di suicidarsi è espressione o sintomo di una malattia psichiatrica non deve essere prestato aiuto al suicidio¹⁹.

Purtroppo dal gennaio 2001, in base a una delibera della giunta comunale della città di Zurigo, il suicidio assistito è possibile persino in istituti pubblici come le case di riposo per anziani e le case di cura per

persone non autosufficienti: ciò nonostante le numerose proteste giunte da ogni parte, persino dall'estero²⁰. Dall'inizio del 2006 l'organizzazione per l'aiuto al suicidio *Exit* è autorizzata a prestare la sua opera nella clinica universitaria di Losanna (CHUV). Dopo aver appreso la notizia alcuni degenti hanno chiesto preoccupati se sarebbero stati fatti fuori. Si può facilmente immaginare quale perdita di fiducia provochi nei pazienti l'autorizzazione dell'assistenza attiva al malato terminale in forma di suicidio assistito. È scontato che sorgeranno conflitti all'interno del personale curante²¹.

L'assistenza al malato terminale: sei paesi a confronto

Nel giugno del 2003 la rivista *Lancet*, che gode di fama internazionale, pubblicò un articolo che fece molto scalpore in Svizzera²². Nell'articolo si confrontava la pratica dell'assistenza al malato terminale in sei paesi europei (Svizzera, Danimarca, Paesi Bassi, Svezia, Italia, Belgio). Nell'ambito di questo studio fu chiesto per iscritto a 20.000 medici, che nel periodo giugno 2001 – febbraio 2002 avevano compilato un certificato di morte, quali decisioni di natura medica avessero preso prima del decesso del paziente. Un riassunto di questo studio fu pubblicato anche nel Bollettino dei medici svizzeri²³. La più alta percentuale di malati terminali assistiti risulta in Svizzera (51% dei decessi), la più bassa in Italia (23%). Nel confronto internazionale la Svizzera figura al primo posto per l'assistenza passiva al malato terminale (prestata nel 28% di tutti i decessi), l'Italia all'ultimo posto (4%). La percentuale più alta di assistenza al malato terminale con possibile accelerazione della morte si registra in Danimarca (26%), la più bassa in Italia (19%); in Svizzera è del 22%. L'assistenza al suicidio risulta particolarmente diffusa in Svizzera (0,4%), mentre in Svezia e in Italia non si registra un solo caso. In nessuno dei cinque paesi menzionati sono note organizzazioni per l'aiuto al suicidio come quelle nate e diffuse in Svizzera.

La cessazione intenzionale su richiesta è stata

praticata di più in Olanda (2.6%), senza esplicita richiesta di più in Belgio (1.5%). La Svizzera si situa fra i due paesi con lo 0.3% (su richiesta) e lo 0.4% (senza richiesta esplicita).

incremento del “turismo del suicidio” in Svizzera. In questo settore opera soprattutto l’organizzazione per il suicidio assistito *Dignitas* che registra ogni anno un aumento di casi. Il numero di stranieri che intende av-

Grafico 1. Le “end-of-life-decisions” a confronto in sei Paesi europei (in %)

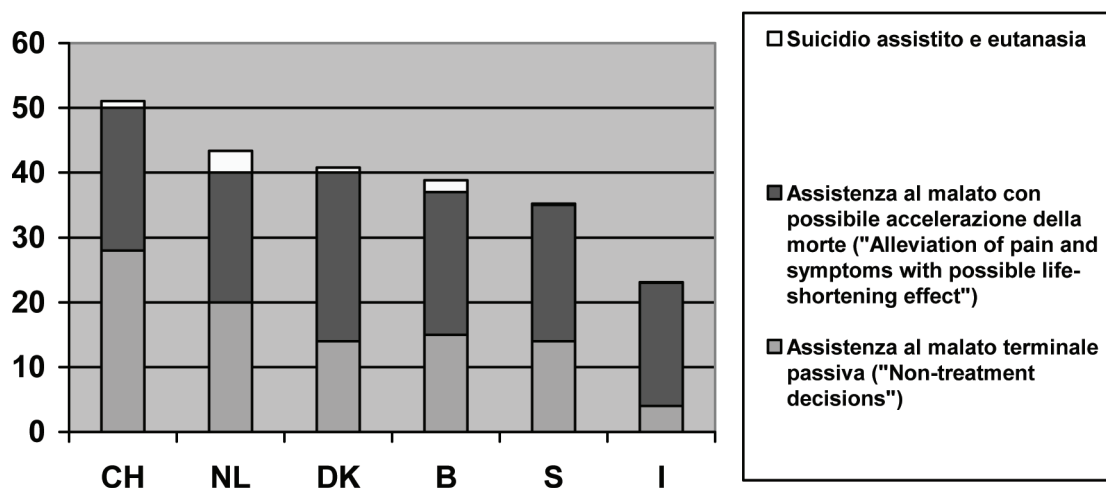
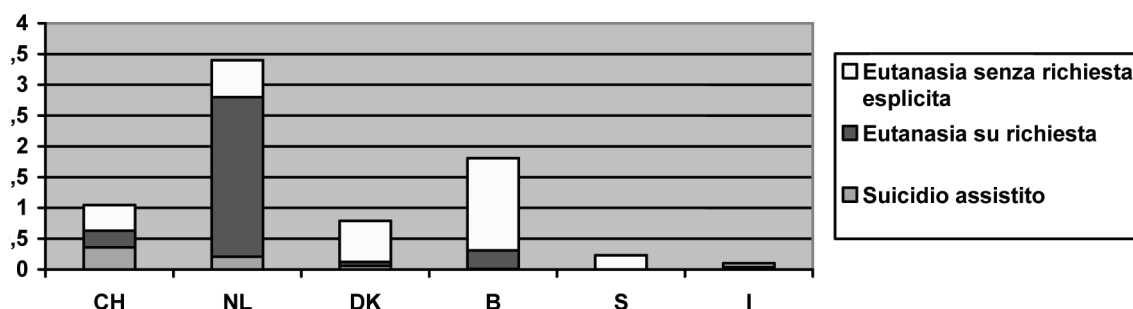


Grafico 2. I casi di eutanasia a confronto in sei Paesi europei (in %)



La più alta percentuale di suicidi assistiti nei sei Paesi in esame si osserva in Svizzera. Qual è l’evoluzione delle cifre in questo ambito? Entrambe le organizzazioni di assistenza al suicidio che operano in Svizzera registrano un chiaro incremento dei casi.

*EXIT Deutsche Schweiz*²⁴ (in maggioranza persone residenti in Svizzera):

1990-1993: in media ca. 30 suicidi assistiti all’anno; 1996: 106 casi; 1997: 108 casi; 1998: 113 casi; 1999: 111 casi; 2000: 96 casi; 2001: 124 casi; 2002: 90 casi; 2003: 131 casi; 2004: 153 casi; 2005: 162 casi; 2006: 150; 2007: 197; 2008: 167; 2009: 217.

A causa delle lacune legislative si assiste a un

valersi dei servizi di *Dignitas* cresce in misura notevole²⁵.

DIGNITAS (fra parentesi il numero di stranieri):

2000: 7 casi (3); 2001: 50 casi (39); 2002: 76 casi (59); 2003: 100 casi (91); 2004: 105 casi (91); 2005: 138 casi (126); 2006: 195 casi (180); 2007: 138 (132); 2008: 132 (122); 2009: 89 (85); 2010: 97 casi (91).

Contro questo abuso legislativo si va formando una crescente opposizione tra i politici e gli esperti di diritto. Nell’agosto del 2003 la BBC ha trasmesso un documentario che riferiva ampiamente in merito al suicidio assistito. Una volta Zurigo era cono-

sciuta come il “parco delle siringhe”; oggi è diventata “*the world’s euthanasia capital*”²⁶.

Discussione

L’aiuto al suicidio e soprattutto il turismo del suicidio hanno assunto in Svizzera dimensioni sempre più vistose. Le ragioni sociali delle due maggiori associazioni svizzere sono manipolazioni linguistiche che mascherano il loro fine: Exit - Associazione per una morte umana, Dignitas - vita con dignità, morte con dignità. Si parla di morte umana e dignità, ma in realtà si sopprimono esseri umani! Anche i concetti poco chiari accrescono la confusione. I giornali svizzeri che pubblicarono articoli sullo studio della rivista Lancet titolarono: «Nel 50% dei decessi si è praticata l’eutanasia», sottintendendo l’eutanasia attiva. La confusione non regna soltanto fra il pubblico, ma anche fra i medici. L’ampio dibattito sull’eutanasia e sulla pressione dei costi induce i giovani medici in ospedale a non informare e a non curare più adeguatamente i pazienti più anziani²⁷. Medici e infermieri propongono la sospensione della terapia in situazioni in cui non è necessaria. I fautori dell’eutanasia speculano su questa confusione. La soppressione di un essere umano perde così il suo aspetto odioso e diventa un fatto ordinario. La percentuale di assistenza passiva e di assistenza al malato terminale con possibile accelerazione della morte risulta troppo alta in Svizzera in confronto con gli altri Paesi (di poco inferiore al 50%). Molto probabilmente la conseguenza dell’annoso dibattito sull’eutanasia è il ricorso troppo frequente e indifferenziato alla sospensione della cura senza previo e attento esame. È compito della categoria medica contrastare questa tendenza. Uno studio americano ha costatato che l’età dei pazienti influisce sulla decisione di applicare misure che possono allungare l’esistenza. Lo studio si basa sull’osservazione di 9105 pazienti ospedalizzati e affetti da malattie che comportano una mortalità a 6 mesi in oltre il 50% dei casi²⁸. Anche in Svizzera si assiste al diffondersi subliminale di queste opinioni.

Poiché il parlamento svizzero ha detto a più riprese no alla cessazione intenzionale del malato terminale, la discussione nel nostro paese si è spostata sull’aiuto al suicidio. Inoltre sono venuti alla luce casi di gravi irregolarità commesse da *Dignitas*. I parenti di alcuni suicidi hanno per esempio riferito di agonie protrattesi persino per settantadue ore e di flussi finanziari poco trasparenti; si è inoltre appreso di persone sopravvissute alla dose mortale di pentobarbital sodico²⁹. Problemi analoghi in relazione all’aiuto al suicidio sono sorti anche nei Paesi Bassi: alcune persone non hanno assunto in tempo tutta la dose letale prevista per aver perso prima conoscenza. In conseguenza di ciò non sono decedute³⁰. Questi fatti mal si accordano con l’immagine di un’organizzazione umanitaria e men che meno con una morte dignitosa. Ma l’organizzazione al suicidio assistito *Dignitas* ha superato ogni limite con l’invio di una lettera, nel marzo 2007, a tutti i medici svizzeri. In essa, *Dignitas* afferma che ciò che le sta a cuore è la prevenzione dei suicidi spontanei degli anziani e dei tentativi di suicidio. Una manipolazione linguistica vera e propria, come avveniva nell’Europa dell’est allorché gli interventi armati venivano definiti missioni di pace. Il suicidio assistito in Svizzera è l’anticamera della legalizzazione della cessazione intenzionale della vita (ossia l’eutanasia attiva). Come abbiamo ben visto i casi di suicidio assistito aumentano rapidamente nel nostro paese proprio a causa delle norme legali. Aumenta costantemente il numero di stranieri che vengono in Svizzera per porre termine ai propri giorni. Questa realtà ha suscitato varie iniziative politiche in parlamento. Non si può ancora dire quali forze finiranno per prevalere nel nostro paese. Tuttavia c’è da temere che il suicidio assistito sia il primo passo verso la legalizzazione dell’assistenza attiva al malato terminale. In Svizzera le organizzazioni di aiuto al suicidio ricorrono perlopiù al pentobarbital per aiutare a morire. Il medico ha un ruolo di primissimo piano poiché spetta a lui rilasciare la ricetta per la sostanza. Ma il medico che rilascia una ricetta simile agisce contro

i propri principi etici. Grazie al dibattito pubblico le organizzazioni di aiuto al suicidio hanno ora sempre più difficoltà a trovare un medico disposto a rilasciare la ricetta per il pentobarbital. Difficoltà ancora maggiori sussistono poi nel trovare uno psichiatra che effettui una perizia in cui si attesta l'ammissibilità dell'aiuto al suicidio di un malato psichico.

Le direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche sono vincolanti per il corpo medico. Le direttive negano la liceità dell'aiuto attivo al suicidio. Ma in base alle direttive più recenti la decisione di prestare aiuto al suicidio è da rispettare. Le direttive si riferiscono però all'assistenza di pazienti terminali e non di pazienti con problemi psichici. Come abbiamo visto riguardo la maggior parte dei casi di suicidio assistito da parte di *Exit* e *Dignitas* non riguarda pazienti terminali.

Il 3 novembre 2006 la massima autorità svizzera, il Tribunale Federale, ha stabilito che non sussiste un diritto umano di assistenza medica al suicidio. Nel caso concreto si trattava di un paziente colpito da un grave disturbo affettivo bipolare. Questi esigeva la dose di pentobarbital senza ricetta. Ma non si può pretendere dallo Stato il "diritto alla propria morte". Non è compito dello Stato prestare aiuto a un individuo perché possa suicidarsi in modo indolore con una dose di pentobarbital. In seguito a questo pronunciamento del Tribunale Federale ci si è interrogati in merito all'aiuto al suicidio dei malati psichici. L'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio *Exit* e *Dignitas* è considerata oggi sempre più criticamente³¹.

Uno degli argomenti di maggior peso nella discussione sull'eutanasia in Olanda e in Svizzera è il diritto dell'uomo a decidere del momento in cui morire: un argomento che risulta molto convincente sia per i liberali che per la sinistra. È lo stesso argomento risultato decisivo per far passare la legge sul-

l'aborto.

Il modo di concepire le cose di ognuno di noi muta quando la morte non è più soltanto una questione teorica, ma un evento reale incombente. Non di rado all'appressamento della morte vengono revocate decisioni che si ritenevano definitive, come per es. le direttive del paziente. In Svizzera la *Neue Zürcher Zeitung* (principale portavoce del partito liberale - PRS) ha preso decisamente posizione a favore del suicidio assistito: «Se la libertà è il principio fondamentale a cui l'uomo si richiama egli dovrebbe poter stabilire anche il momento

in cui morire. In un certo senso il suicidio può quindi essere considerato non solo come un atto di disperazione, bensì anche come il grado massimo di autonomia dell'individuo. Da questo punto di vista l'aiuto al suicidio costituisce la logica conseguenza dell'aspi-

razione alla libertà dell'uomo moderno e non dovrebbe in linea di massima essere contestato»³².

Ma occorre anche riflettere su questo: se la cessazione della vita divenisse legge e costume, ciò potrebbe indurre i familiari e la società a esercitare una pressione sulle persone malate e sofferenti. I malati più gravi potrebbero considerarsi un peso per la società e accettare la morte. Sono noti i casi di pazienti anziani e prossimi alla fine esortati al suicidio: con questo atto essi avrebbero mostrato senso di responsabilità verso la società. Una proposta invero macabra. Come può un individuo decidere liberamente se è sottoposto a una tale pressione?³³

Il diritto del paziente all'autodeterminazione ha un limite nel rispetto di coloro che lo assistono. L'autonomia del paziente non può significare diritto del malato alla propria soppressione per mano del medico: un tale diritto costituirebbe un gravissimo attentato all'integrità personale e morale del medico. L'omicidio a richiesta contrasta con i suoi

L'associazione Exit, nella Svizzera tedesca, abusa della non punibilità dell'aiuto al suicidio per offrire la sua assistenza e diffondere le istruzioni pratiche per attuare il suicidio

doveri professionali e con l'etica medica. Nell'*Oregon* sono sorte proprio difficoltà di questo genere. Alcuni medici hanno riferito di gravi problemi di coscienza per avere offerto aiuto al suicidio di pazienti. Si sono chiesti a posteriori se fosse stato corretto fornire al paziente la sostanza letale e se il loro comportamento non contrastasse con l'etica medica³⁴.

In linea di principio l'autonomia e l'autodeterminazione dell'uomo non sono valori assoluti come ha ritenuto per esempio l'Illuminismo. Non è l'uomo la misura di tutte le cose: la misura è stabilita da una forza superiore. Per noi è norma e regola la Rivelazione cristiana. La vita è un dono del creatore di cui l'uomo non può disporre liberamente. «Io uccido e faccio vivere» (Dtn 32, 39). Così leggiamo nella Sacra Bibbia.

NOTE

¹ NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH DER HUMANMEDIZIN NEK, *Beihilfe zum Suizid*. Berna, 24 aprile 2005.

² NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH DER HUMANMEDIZIN NEK, *Beihilfe zum Suizid*. Berna, 24 aprile 2005.

³ HIPPOKRATISCHE GESELLSCHAFT SCHWEIZ, *Legalisierung der "aktiven Sterbehilfe" in der Schweiz?* Interdisziplinäres Dossier, Zurigo, novembre 1999. EIDGENÖSSISCHES JUSTIZ-UND POLIZEIDEPARTEMENT, *Sterbehilfe und Palliativmedizin – Handlungsbedarf für den Bund?* Berna, 24 aprile 2006.

⁴ Palliative Care (2006). Bollettino dei medici svizzeri 2006; 87 (24): 1105-1114.

⁵ Diritto all'autodeterminazione delle pazienti e dei pazienti (2005). Bollettino dei medici svizzeri 2006; 87 (3), 103-1010.

⁶ Assistenza dei pazienti terminali (2004). Bollettino dei medici svizzeri 2005; 86 (3), 171-176.

⁷ Terapia e assistenza delle persone anziane bisognose di cure (2004). Bollettino dei medici svizzeri 2004; 85 (27), 1450-1462.

⁸ Cura e assistenza dei lungodegenti cerebrolesi in forma grave (2003). Bollettino dei medici svizzeri 2003; 84 (5), 205-209.

⁹ SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN. «Medizinisch-ethische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten», in Schweizerische Ärztezeitung 1995, 76, 1223-1225. SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN. «Medizinisch-ethische Richtlinien zu Grenzfragen der Intensivmedizin», in

Schweizerische Ärztezeitung 1999, 80, 2134-2138. SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, «Behandlung von zerebral schwerst-geschädigten Langzeitpatienten», in Schweizerische Ärztezeitung 2004; 85, 50-54.

¹⁰ SCHWEIZERISCHE AKADEMIE DER MEDIZINISCHEN WISSENSCHAFTEN, «Medizinisch-ethische Richtlinien zur Betreuung von Patientinnen und Patienten am Lebensende», in Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86 (3), 171-178.

¹¹ NATIONALE ETHIKKOMMISSION IM BEREICH DER HUMANMEDIZIN NEK, *Beihilfe zum Suizid*. Berna, 24 aprile 2005.

¹² Tribunale Federale, Sentenza Nr. 1C_438/2009 del 16 giugno 2010. *Die Sterbehilfevereinbarung ist nichtig*. Neue Zürcher Zeitung del 17 giugno 2010.

¹³ K. ERNST, *Last Exit – Todesservice auf Abruf*. Geriatrie Praxis 1992, 8, 26-27. EXIT, *Was ist und was will EXIT?*, Basel 1986.

¹⁴ G. BOSSHARD, E. ULRICH, W. BÄR, «748 cases of suicide assisted by Swiss right-to-die organisation», in Swiss Med Wkly 2003; 133, 310-317.

¹⁵ T.A. SCHENKER, *Exit-Suizide in Basel*. Dissertation Universität Basel, 1999. A. FREI, T.A. SCHENKER et AL., «Assisted suicide as conducted by a "right-to-die"-society in Switzerland: A descriptive analysis of 43 consecutive cases», in Swiss medical weekly 2001; 131, 375-380.

¹⁶ K. ERNST, *Last Exit - Todesservice auf Abruf*, Geriatrie Praxis 1992, 8, 26-27.

¹⁷ L. BEAUTRAIS, *Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for National Health and Medical Research Council 1998*, National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.

¹⁸ T. BRONISCH, *Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention*, Monaco di Baviera 1999.

¹⁹ «Stellungnahme der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie zur Suizidbeihilfe bei Psychischkranken», in Schweizerische Ärztezeitung 2005; 86, 880-882.

²⁰ C. ERNST, «Assistierter Suizid in den Stadtzürcher Alters- und Krankenheimen», in Schweizerische Ärztezeitung 2001; 82: 293-295.

²¹ «*Tod auf Verlangen*», in Neue Zürcher Zeitung am Sonntag, 22 gennaio 2006, 23.

²² A.VAN DER HEIDE ET AL., «End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study», in The Lancet 2003; 362, 345-350.

²³ K. FAISST ET AL. «Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse», in Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84 (32/33), 1676-1678.

²⁴ Rapporti annuali di Exit (www.exit.ch)

²⁵ Rapporti annuali di Dignitas (www.dignitas.ch)

²⁶ «Die letzte Reise führt in die Schweiz», in, Neue Zürcher Zeitung del 1 settembre 2002.

²⁷ A. STUCK, *Pflegebedarf im Alter – ein aktuelles ärztliches Thema*. Schweizerische Ärztezeitung 2003; 84, 1278-1279.

- ²⁸ M. BETH HAMEL ET AL. «Patient age and decisions to withhold Life-Sustaining Treatments from seriously Ill, Hospitalized Adults», in *Annals of Internal Medicine* 1999; 130, 116-125.
- ²⁹ «Sterbebegleitung mit Komplikationen?», in *Neue Zürcher Zeitung*, 9 gennaio 2007. «Sterbehilfe Dignitas: Todeskampf dauerte 72 Stunden», *Sonntags-Zeitung*, 7 gennaio 2007.
- ³⁰ J.H. GROENEWOUD ET AL, «Clinical Problems with the Performance of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in Netherlands», in *New England Journal of Medicine* 2000; 342, 551-556.
- ³¹ K. RAGGENBASS, HP KUHN. *Kein Menschenrecht auf ärztliche Suizidhilfe*, in *Schweizerische Ärztezeitung* 2007; 88 (11), 455-456. C. SCHWARZENEGGER, «Das Mittel zur Suizidbeihilfe und das Recht auf den eigenen Tod». in *Schweizerische Ärztezeitung* 2007; 88 (19), 843-6.
- ³² «Selbstbestimmung am Ende des Lebens», in *Neue Zürcher Zeitung*, 12 novembre 2005.
- ³³ Reiter-Theil STELLA, «Ärztliche Beihilfe zum Suizid oder “Laienhilfe”?» in *Vorgänge*, 3/2006, 117-135.
- ³⁴ CHIN et AL., «Legalized Physician-Assisted Suicide in Oregon – The first Year’s Experience», in *New England Journal of Medicine*, 1999; 340, 577-583.