



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

«Assistenza al suicidio»

Parere N° 9/2005

Approvato dalla Commissione
il 27 aprile 2005

Sigla editoriale:

Editore: Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, CNE

Presidente: Christoph Rehmann-Sutter, prof.

Direzione della produzione: Csongor Kozma, segretario CNE

Correzione: Csongor Kozma

Grafica e Layout: werbewerbstatt.ch, Berna

Distribuzione: www.nek-cne.ch o Segretariato CNE, c/o UFSP, 3003 Berna

Contatto: nek-cne@bag.admin.ch

Il rapporto è stato pubblicato in tedesco, francese e italiano in versione integrale, e in inglese in versione sintetica.

© Berna, luglio 2005

Riproduzione consentita con indicazione della fonte.

Un particolare ringraziamento per la preziosa collaborazione va ai membri del gruppo di lavoro «Assistenza al suicidio» della CNE: Carlo Foppa, dr., Jean Claude Chevrolet, prof., Alberto Bondolfi, prof., Christiane Augsburg, Olivier Guillod, prof. e Daniel Hell, prof.

La Commissione nazionale d'etica per la medicina umana ringrazia inoltre le numerose persone e istituzioni che, direttamente o indirettamente, hanno contribuito all'elaborazione del presente rapporto: Markus Zimmermann-Acklin, dr., Franco Cavalli, prof., Marcia Leventhal, Monica Fliedner, Bara Ricou, dr., Georg Bosshard, dr.

Premessa

Prefazione.....	5
Sintesi.....	7
I. Introduzione	9
I.1 Situazione giuridica	9
I.2 Le ragioni di questo parere.....	10
I.3 Delimitazione del tema di questo parere.....	12
I.4 Conflitto di valori nella medicina.....	16
II. Aspetti storici, giuridici, geografici, politici ed etici in generale	16
II.1 Il suicidio nella storia dell'etica.....	16
a) Il suicidio come «peccato»	16
b) Il suicidio come «crimine» nell'antichità classica e pre-cristiana	17
c) Prime critiche al divieto di suicidio.....	18
II.2 La posizione delle Chiese nei confronti dell'assistenza al suicidio.....	20
II.3 Sociologia del suicidio	21
II.4 Epidemiologia del suicidio.....	24
a) Suicidi	24
b) Tentativi di suicidio.....	26
c) Fattori psicologici o psichiatrici che incidono sulla suicidalità.....	27
II.5 Prevenzione del suicidio	28
II.6 Origine, interpretazione e contesto della norma penale di cui all' articolo 115 CP	30
II.7 L'attuale dibattito (1970–2004) sull'articolo 115 CP	35
II.8 Situazione giuridica in altri Paesi	39
II.9 Argomentazioni etiche nel dibattito.....	42
a) Pro	42
b) Contro	43

III. Valutazioni della CNE	46
III.1 Articolo 115 CP: un margine di libertà	46
III.2 L'ambivalenza etica dell'assistenza al suicidio	47
III.3 Art. 115 CP nel contesto deontologico della medicina e delle cure.....	48
III.4 Autodeterminazione e assistenza	49
III.5 Possibili criteri etici	50
a) Perché fissare dei criteri?	50
b) È necessario fissare criteri etici o giuridici?.....	51
c) Criteri da considerare	51
III.6 Casi particolari	56
a) Assistenza al suicidio nei confronti di malati psichici.....	56
b) Assistenza al suicidio di minorenni?.....	59
c) Associazioni di aiuto al suicidio	60
d) «Turismo della morte».....	61
IV. Raccomandazioni della CNE	63
1 – Dilemma	64
2 – Assistenza al suicidio e omicidio su richiesta della vittima	65
3 – Non punibilità dell'assistenza al suicidio	66
4 – Decisioni incentrate sulla persona	67
5 – Associazioni di aiuto al suicidio.....	68
6 – Malattie psichiche.....	69
7 – Bambini e giovani.....	70
8 – Ospedali e istituti socio-sanitari.....	71
9 – Membri delle professioni mediche.....	72
10 – Persone con intenzioni suicide provenienti dall'estero	73
11 – Tendenze sociali e rischi	74
12 – Necessità di disciplinamento giuridico.....	75
V. Bibliografia	76

Prefazione

La Commissione nazionale d'etica (NEK-CNE), che dal 2002 si occupa dei problemi posti dalle decisioni alla fine della vita, ha deciso di affrontare a titolo prioritario gli aspetti etici dell'aiuto al suicidio sostanzialmente per due ragioni.

In primo luogo, in Svizzera il dibattito sulle disposizioni legali in materia di decisioni alla fine della vita è stato finora imperniato sulla distinzione tra aiuto passivo e aiuto attivo e si è focalizzato sulla questione dell'impunità dell'omicidio su richiesta in determinate circostanze (ad es. per i pazienti che devono sopportare grandi sofferenze e non hanno prospettive di migliorare la loro qualità di vita). Si è invece discusso relativamente poco sulle dimensioni medico-etiche e politico-etiche dell'aiuto al suicidio, praticato e non punibile in Svizzera.

In secondo luogo, sebbene la società si interroghi sull'aiuto al suicidio, il dibattito rimane contraddistinto dall'insicurezza: c'è una differenza sostanziale tra il suicidio assistito, dove la persona che desidera morire è autrice del proprio decesso bevendo la pozione letale o aprendo la valvola dell'infusione mortale, e l'eutanasia, dove è una terza persona a somministrare la dose mortale su richiesta del paziente? Le organizzazioni di aiuto al suicidio devono avere accesso agli istituti o alle cliniche? In che misura il personale medico può assecondare i pazienti che desiderano porre fine alla loro vita? La realtà è che il numero delle persone intenzionate a suicidarsi, spesso persone molto ammalate, che giungono in Svizzera dall'estero per ricorrere legalmente ai servizi di aiuto al suicidio è in aumento. Come devono gestire questo fenomeno i legislatori e le autorità? Questi e altri interrogativi danno adito a discussioni controverse, dai toni emotivi e preoccupati.

Tutti questi interrogativi mettono in discussione i principi della responsabilità interpersonale: cosa significa aiutare una persona che, trovandosi in una situazione disperata, non vede altra soluzione se non la morte? In cosa consiste il diritto alla vita e alla morte e dove sono i limiti? Per chi esercita una professione medico-sanitaria le risposte a questi interrogativi costituiscono l'essenza dell'etica medica: l'assistenza medica può avere un significato diverso da quello di preservare la vita? Sorgono però anche interrogativi fondamentali sul piano politico: quali sono le condizioni quadro necessarie a garantire ai diretti interessati il rispetto e l'umanità cui hanno diritto? E cosa significa concretamente rispetto e umanità? È evidente che queste domande non possono essere analizzate senza considerare il contesto in cui si collocano. Oltre ai cambiamenti intercorsi nelle circostanze della morte, sempre più medicalizzata e influenzata dall'uomo, e oltre alla crescente accettazione di cui godono le organizzazioni di aiuto al suicidio tra la popolazione, occorre tenere conto degli sviluppi demografici e della scarsità di risorse nella sanità con tutte le loro conseguenze.

Con il presente progetto la Commissione nazionale d'etica dà seguito al proprio mandato legale di incentivare la discussione pubblica e di offrire una consulenza in campo etico alle autorità politiche. In tal modo apre un'ampia prospettiva sociale sulla medicina, ponendo l'accento sulle leggi e le istituzioni. La NEK-CNE ha cercato di tenere conto di tutte le possibili situazioni di vita in cui si potrebbe essere indotti a chiedere e offrire il suicidio assistito, senza limitarsi a quelle in cui esiste una prognosi medica che non lascia speranze o in cui la fine è ormai prossima.

Gli aspetti etici attorno alla morte concernono noi tutti su un piano estremamente personale. Non è un tema che si può delegare a un esperto. Molti credono di aver trovato le risposte giuste, altri ci hanno riflettuto a lungo o si sono confrontati con la morte di persone care. La preoccupazione che assilla i più è quella che – venuto il momento – la loro volontà non conterà più. La Commissione non vuole

e non può permettersi di giudicare dall'alto queste riflessioni prettamente personali. Non è nemmeno il suo compito. Essa ritiene piuttosto di dover stabilire le condizioni quadro entro le quali la società potrà sviluppare le proprie convinzioni. Per tale ragione, la dimensione pubblica di questa discussione occupa un posto molto particolare, al contempo importante e delicato.

La Commissione ha cercato di tenere conto di queste considerazioni. Il 5 maggio 2004 ha organizzato una seduta pubblica a Berna per i membri delle Camere federali durante la quale ha presentato una serie di tesi esplicitandone le rispettive implicazioni politiche. Un progetto di 10 tesi che riassumono le posizioni della Commissione in materia di aiuto al suicidio è stato discusso pubblicamente nell'ambito di un simposio di due giorni organizzato il 17/18 settembre 2004 a Zurigo. In questa occasione, diversi gruppi sociali svizzeri e stranieri hanno avuto modo di esporre i loro pareri. La NEK-CNE ha poi integrato i risultati delle discussioni nelle sue considerazioni e ne ha estrapolato delle raccomandazioni che desideriamo ora presentare alle autorità e all'opinione pubblica.

Le nostre raccomandazioni vanno considerate un ulteriore tassello in questo mosaico. La Commissione intende contribuire alla chiarezza senza pretendere di fornire un quadro esaustivo. Abbiamo cercato di andare a fondo della molteplicità delle prospettive etiche seguendo un processo che ha formato il nostro pensiero passo dopo passo, un processo in parte molto controverso e faticoso.

Christoph Rehmann-Sutter, febbraio 2005

Sintesi

Quella del suicidio assistito è una problematica complessa dal profilo sociale, giuridico ed etico. Il presente rapporto illustra l'attuale situazione giuridica, riferita in particolare all'articolo 115 CP, e affronta gli aspetti legati alla sua interpretazione nella prassi. Una situazione che è messa in discussione per essere analizzata criticamente. Formula inoltre una serie di raccomandazioni destinate al legislatore e a chi si occupa concretamente di questi problemi. Nella prima parte, tratta diversi contesti di natura storica, medica, sociologica, politica ed etica, che rivestono una certa rilevanza per l'analisi dell'attuale situazione e per la formulazione di raccomandazioni.

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

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

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

sistema sanitario. La società ha una responsabilità preventiva nella problematica del suicidio che non presuppone soltanto limiti giuridici ben stabiliti, ma anche il sostegno al personale assistente e curante.

Precisazioni relative ai testi:

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

I. Introduzione

I.1 Situazione giuridica

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

Art. 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio

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

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

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

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

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

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

La disposizione penale sull'istigazione e l'aiuto si riferisce però a tutte le persone, a prescindere dalla professione, dalla formazione e dal coinvolgimento istituzionale. Non si riferisce a contesti o situazioni particolari in cui le persone esprimono il desiderio di essere assistite nel suicidio, ma è valida in generale. Questa disposi-

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

zione lascia fundamentalmente a tutti la libertà di offrire i propri servizi nell'ambito di un suicidio, a condizione che tale offerta non sia motivata da interessi personali. Dal profilo penale, il margine di manovra è molto ampio.

Il concetto di «suicidio» fissa tuttavia un quadro generale per l'applicabilità dell'articolo 115 CP. Ai sensi del diritto penale (in questo punto più rigido rispetto alla lingua parlata) il concetto di suicidio implica l'autodeterminazione. Se il suicida non agisce con autodeterminazione, il suo non può essere considerato un suicidio, anche se da un punto di vista puramente materiale è da ritenersi tale. L'autodeterminazione implica la capacità di discernimento e la libertà di decisione. Di conseguenza, i casi di persone in stato confusionale, di ebbrietà o incapaci di discernere a causa di una malattia psichica acuta, che desiderano togliersi la vita e ricorrono per questo all'aiuto di una terza persona, non rientrano nel campo d'applicazione dell'articolo 115 CP.

Tra il 1960 e il 1998 sono state pronunciate solo 8 condanne per istigazione e aiuto al suicidio, di cui 5 tra il 1991 e il 1993². Rispetto al numero di condanne, l'articolo 115 CP ha un significato minore, mentre risulta di maggiore rilevanza pratica nella delimitazione dell'aiuto legale al suicidio.

I.2 Le ragioni di questo parere

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

Abusi nelle pratiche di morte assistita. E' stato dimostrato che un numero significativo di casi di suicidi assistiti da associazioni attive in questo ambito non erano senza via d'uscita da un punto di vista medico. Da uno studio recente, emerge che il 21 per cento dei 748 casi di suicidi assistiti da Exit Svizzera tedesca tra il 1990 e il 2000 riguardava persone la cui situazione non era assolutamente da ritenersi disperata (poliartrite, osteoporosi, artrosi, dolori cronici, cecità, debolezza diffusa; 9 casi riguardavano persone affette da disturbi psichici, prevalentemente depressioni).³ Vedendo in queste pratiche un parziale abuso, sono stati intrapresi i primi passi verso una revisione dell'articolo 115 CP. Con un'iniziativa parlamentare (n. 01.407) presentata il 14 marzo 2000, la Consigliera nazionale Dorle Vallender chiedeva di rendere punibile in tutti i casi l'istigazione al suicidio e di disciplinare più severamente l'aiuto al suicidio (punibilità dell'aiuto al suicidio da parte di medici e personale curante e dell'aiuto al suicidio fuori dalla sfera personale della vittima, obbligo di autorizzazione per le associazioni di aiuto al suicidio, vigilanza statale, ecc.). L'iniziativa è però stata respinta in occasione del dibattito del Consiglio nazionale dell'11 dicembre 2001.⁴ E da un punto di vista etico, non sono state accertate le circostanze in cui l'aiuto al suicidio può essere definito abusivo.

Impegno per una revisione e progetto di normativa sull'eutanasia e la medicina palliativa: Da quando, nel 1994, il Consigliere nazionale Victor Ruffy ha presentato una mozione che proponeva l'introduzione di un nuovo articolo 115bis, alle controverse discussioni sull'eutanasia si è aggiunto anche il quesito sulla necessità di disciplinare l'assistenza al suicidio. Nel marzo 1999, il gruppo di lavoro «Eutanasia» (presieduto dalla Consigliera agli Stati Josi J. Meier) ha sottoposto un rapporto al Dipartimento federale di giustizia e polizia nel quale chiedeva che in deter-

² Schwarzenegger: Articoli 111-117 (oss.(0) 1), pag. 64.

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

⁴ Bollettino ufficiale, Consiglio nazionale, 2001, 1835 (d).

minate situazioni l'omicidio su richiesta della vittima non fosse punibile. Il disciplinamento dell'aiuto al suicidio di cui all'articolo 115 CP, peraltro, avrebbe dovuto rimanere invariato. Il 5 luglio 2000 il Consiglio federale ha tuttavia respinto la proposta.

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

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

Turismo della morte. L'associazione di aiuto al suicidio Dignitas presta assistenza al suicidio nel Canton Zurigo, e da poco anche nel Canton Argovia, a un numero crescente di persone provenienti dall'estero. Stando alle cifre fornite dalla polizia comunale zurichese, nel 2003 sono stati registrati 3 casi, nel 2001 37, nel 2002 55 e nel 2003 91.⁷

Aumento dei casi di suicidi assistiti da associazioni. I casi seguiti da Exit sono triplicati, passando da 110 nel periodo 1990-1993 a 389 nel periodo 1997-2000.⁸

Assistenza al suicidio nelle case di cura e nelle case per anziani. Il 1° gennaio 2001, la Città di Zurigo ha introdotto una norma che consente di assistere nel suicidio gli ospiti delle case per anziani e delle case di cura cittadine. Una nuova raccomandazione della Chambre de l'éthique dell'Association vaudoise d'établissements médico-sociaux (AVDEMS) si schiera a favore del suicidio assistito nelle case di cura e nelle case per anziani, quando la persona che desidera farla finita non dispone più di un proprio domicilio.⁹

Cambiamenti nel modo di morire in seguito ai progressi della medicina. La medicina moderna dispone di mezzi sempre più sofisticati in grado di prolungare la vita e ritardare la morte. Si continua a morire, è ovvio, ma è cambiato il carattere delle malattie di cui la gente muore. Allo stadio avanzato, nonostante un'assistenza

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

⁶ Schwarzenegger: Art. 111-117 (cfr. oss. 1), pag. 69 (con riferimenti).

⁷ NZZ am Sonntag, 22 febbraio 2004.

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

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

medica ottimale, alcune malattie possono compromettere a tal punto la qualità della vita, da spingere i diretti interessati a considerare la loro una vita indegna di essere vissuta. Dato il crescente numero di persone che chiedono di poter decidere della propria fine, nascono esigenze concrete nei confronti dell'eutanasia attiva o passiva o di forme di assistenza al suicidio, come quelle proposte dalle associazioni che operano in questo ambito. Emerge però anche la necessità di aprire un nuovo dibattito e di rivedere le condizioni quadro istituzionali e legali, in modo da consentire ai diretti interessati di poter dire la loro sulla propria morte.

Ruolo dei medici e del personale curante. Dopo una procedura di consultazione pubblica, nel 2004 l'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ha pubblicato le direttive medico-etiche rivedute sull'assistenza dei pazienti in fin di vita, secondo le quali in determinate situazioni i medici possono decidere secondo la propria coscienza di assistere un paziente nel suicidio¹⁰.

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

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

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

I.3 Delimitazione del tema di questo parere

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

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

Innanzitutto va rilevato che la formulazione liberale dell'articolo 115 CP disciplina unicamente l'aspetto della punibilità. Non è quindi da escludere la possibilità di adottare nuove disposizioni in altri ambiti giuridici al di là del diritto penale, che sarebbero determinanti per la prassi. Ci si potrebbe immaginare per esempio di introdurre nel diritto sanitario norme che disciplinino l'atteggiamento nei confronti delle richieste di assistenza al suicidio negli ospedali e negli istituti sociosanitari. Un'altra soluzione sarebbe quella di sottoporre le associazioni di aiuto al suicidio all'obbligo di un'autorizzazione vincolata a precise condizioni.

Inoltre, la norma penale di cui all'articolo 115 CP non giustifica eticamente il suicidio assistito, neanche quando il movente non è egoistico. Le norme deontologiche e le direttive etiche possono prevedere restrizioni in tal senso. Per esempio, l'articolo 115 CP non precisa che un desiderio di suicidio debba essere lungamente ponderato e non derivare semplicemente da una crisi passeggera e superabile. Infine, la decisione di assistere o meno una determinata persona nel suicidio resta una decisione di coscienza che la legge non può anticipare. Anche se l'articolo 115 CP non esclude la possibilità di prestare assistenza al suicidio, senza che tale azione sia punibile, non prevede alcun obbligo concreto in tal senso. La persona che, per ragioni morali, si sente in dovere di assistere un'altra nell'atto di suicidio, deve soppesare personalmente la propria decisione, rispondendo unicamente alla propria coscienza. Nessuno può imporre ad altri di assistere un suicidio, in virtù dell'articolo 115 CP.

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

Un *modello liberale dell'etica* dell'assistenza al suicidio postula il nostro diritto o la nostra libertà, in quanto soggetti morali, di controllare e decidere della nostra vita, fintanto che non compromettiamo il diritto di altri di fare lo stesso. Concetti che in questo modello sono espressi con i termini di autonomia personale e autodeterminazione. Il diritto all'autonomia morale, così inteso, implica il diritto ad esercitare per quanto possibile il controllo sulla durata della propria vita e sulla modalità della propria morte. E questo implica nuovamente il fatto che anche altri possano contribuire all'esercizio di questa libertà¹¹.

Il Codice penale svizzero non si spinge fino a dichiarare totalmente impunita la partecipazione ad un suicidio. Infatti, per il legislatore la situazione cambia se l'assistenza non è prestata per ragioni solidali, ma per vantaggi personali. In tal caso, vi è il pericolo che la suicidalità altrui venga sfruttata da chi lo assiste per conse-

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

quire i propri vantaggi. In questo caso, la proposta d'assistenza può rendere la persona con tendenze suicide vulnerabile e bisognosa di protezione.

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

Delimitazione. Conformemente alle sue basi legali¹² la Commissione è responsabile degli aspetti etici e giuridici nella medicina umana in generale. L'applicazione dell'articolo 115 CP travalica senza dubbio questo ambito. Pertanto, la CNE ha deciso di affrontare il tema dell'assistenza al suicidio nell'ambito della prassi medica e di limitarsi a questo ambito specifico, basandosi però su una definizione di «medicina umana» relativamente ampia, che include anche operazioni mediche come il rilascio di una prescrizione, la partecipazione di membri del personale medico ad un atto di suicidio assistito o il coinvolgimento di un'istituzione medica. Nel presente rapporto non sono invece tematizzate le situazioni nelle quali l'assistenza al suicidio avviene tra due persone all'esterno di un contesto medicalizzato.

Il ruolo particolare della CNE si evince dal suo mandato legale: essa funge da consulente per il Consiglio federale, il Parlamento e i Cantoni. Il compito della Commissione consiste nel sottoporre le condizioni quadro giuridiche ed istituzionali a un'analisi critica e approfondita dal punto vista etico. Non è invece legittimata a giudicare una decisione personale di suicidio o di assistenza al suicidio. Questo ruolo limita la possibilità di trattare nel parere problematiche etiche importanti, lasciando ad altre istituzioni e ad ogni individuo il compito di affrontarle.

I.4 Conflitto di valori nella medicina

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

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

In considerazione di questa impossibilità, la persona sollecitata ad assistere all'atto di suicidio viene interpellata nella sua coscienza sia come persona curante che come essere umano. Ed è proprio in questo senso che si esprimono le nuove diret-

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

tive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche sull'assistenza dei pazienti in fin di vita. Il fatto che, in nome della libertà di coscienza, sui medici e sul personale curante non debba essere esercitata alcuna pressione affinché partecipino al suicidio di un paziente è ovvio e corrisponde inoltre all'articolo 3 del Codice deontologico della FMH, secondo cui: «Il medico rifiuta qualsiasi atto medico o presa di posizione incompatibile con la sua coscienza.»

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

II. Aspetti storici, giuridici, geografici, politici ed etici in generale

II. 1 Il suicidio nella storia dell'etica

Nel corso della storia, l'etica teologica e filosofica hanno formulato svariate riflessioni attorno alla tematica del suicidio. Le interpretazioni del suicidio sono disparate e non possono essere ricondotte ad una logica univoca o perlomeno coerente. In questa sede, ci si limiterà pertanto ad esporre alcune considerazioni etiche sul suicidio che hanno caratterizzato la storia dell'Occidente.¹³

a) Il suicidio come «peccato»

In Europa, il pensiero cristiano ha influenzato in svariati modi l'atteggiamento delle società nei confronti del suicidio. Uno degli autori che ha maggiormente inciso sull'evoluzione della teologia cristiana è *Sant'Agostino*, il cui atteggiamento intransigente nei confronti del suicidio va attribuito alla sua interpretazione in termini categorici del quinto comandamento: «Non uccidere!». La sua posizione irremovibile trova fondamento nella visione di una «Città di Dio», e si distingue nella sua rigidità dalle posizioni più sfumate di Sant'Ambrogio o San Gerolamo. Secondo questi autori, in alcuni casi il suicidio poteva essere «scusabile», per esempio nel caso delle martiri che con questo atto si sottraevano alla violenza carnale.

L'argomentazione di Sant'Agostino si fonda in primo luogo su una visione deontologica del comandamento divino. La sua interpretazione non consente alcuna deroga e va seguita alla lettera. Nemmeno una situazione estrema come una violenza carnale giustifica un simile gesto: «E a ragione in nessuna parte dei sacri libri canonici si può trovare che ci sia stato ordinato o permesso di ucciderci per raggiungere l'immortalità ovvero per liberarsi dal male. Al contrario si deve intendere che ci è stato proibito in quel passo in cui la Legge dice: «Non uccidere» [...]»¹⁴

Il rigorismo di Sant'Agostino ha influenzato notevolmente le mentalità europee, non solo nel Medio Evo, ma anche più avanti. Anche *San Tommaso d'Aquino* si è espresso riguardo al suicidio. Le sue riflessioni hanno caratterizzato e continuano a caratterizzare la dottrina ufficiale della Chiesa cattolico-romana. Vi è tuttavia un discordanza tra l'opinione generale di San Tommaso sulla *conditio humana* e la sua argomentazione contro ogni forma di suicidio. Le sue riflessioni sul suicidio non si fondano tanto sulla natura dell'essere umano e sulla sua libertà morale quanto su una concezione particolare della sovranità di Dio riguardo alle persone. Per illustrare il suo pensiero, San Tommaso ricorre a un'analogia e rimanda alla relazione tra schiavo e padrone in virtù del diritto romano. Secondo questa interpretazione, ogni suicidio costituisce un'incursione nell'ambito specifico dei diritti di Dio, ritenuto signore onnipotente, padrone dell'uomo, sua creatura: «... perché la vita è un dono divino, che rimane nel potere di colui il quale fa vivere e fa morire. Perciò chi priva se sé stesso della vita pecca contro Dio: come chi uccide uno schiavo pecca contro il suo padrone; e come commette peccato chi si arroga il diritto di giudicare cose che non lo riguardano. Infatti, a Dio soltanto appartiene il giudizio di vita e di morte¹⁵.» Questa citazione tratta dalla «somma teologica» dimostra che le argomentazioni avanzate collegano tra loro elementi biblici ed elementi del diritto

¹³ Riguardo alla storia della valutazione etica del suicidio, cfr. J.-P. Wils, Anmerkungen zur Geschichte des Sterbens, in: A. Holderregger (ed.), *Das medizinisch assistierte Sterben*, Freiburg i. Üe./Freiburg i. Br. 2000, pagg. 23–38; J.-P. Wils, *Sterben, zur Ethik der Euthanasie*, Paderborn 1999, cap. 4; M. Zimmermann-Acklin, *Euthanasie: eine theologisch-ethische Untersuchung*, Freiburg i. Üe./Freiburg i. Br. 2002, cap. 1.

¹⁴ Sant'Agostino, *De Civitate Dei I*, 20: (it.: *La città di Dio*, Roma 1978).

romano. L'immagine di Dio che emerge da queste affermazioni presenta forti analogie con la visione del *pater familias* romano, che aveva potere sulla vita e sulla morte non solo dei propri schiavi, ma anche dei propri figli e della propria moglie. Questa rappresentazione della sovranità di Dio, che dispone liberamente della durata della nostra vita, non appartiene unicamente alla teologia medievale, ma perdura fino ai giorni nostri in una parte della teologia sia cattolica che protestante.

Rimane da chiedersi se una simile interpretazione del rapporto tra la sovranità di Dio e la libertà dell'essere umano nei suoi confronti corrisponda alla *visione biblica*. Essendo questa sede poco adatta per un approfondire l'argomento, ci si limiterà a constatare che né la Bibbia ebraica né gli scritti del Nuovo Testamento contemplano una *dottrina specifica* del suicidio; nei racconti biblici, la pratica del suicidio è considerata quasi come qualcosa di «normale», senza che si tenti di giustificarla o di giudicarla da un punto di vista etico.

b) Il suicidio come «crimine» nell'antichità classica e pre-cristiana¹⁶

Nel dialogo «Fedone», *Platone* afferma che il suicidio non può essere approvato, in quanto esprime il rifiuto della protezione che gli dei accordano alla vita di ogni essere umano. Attribuisce queste asserzioni al suo maestro *Socrate*, il quale afferma però che in alcuni casi è meglio morire che continuare a vivere. Ma dato che non apparteniamo interamente a noi stessi, sapere se il suicidio sia un atto lecito o illecito è in ogni caso una questione inammissibile.¹⁷ Nelle «Leggi», *Platone* sembra manifestare maggiore comprensione per le situazioni disperate che possono spingere al suicidio. Tuttavia, poiché un simile atto non può assolutamente essere ritenuto lecito, bisogna evitare di dare un qualsivoglia carattere di ufficialità alla sepoltura del suicida¹⁸. Queste opinioni ebbero grande impatto sulle epoche successive, in particolare su quelle cristiane. Niente dimostra invece che al tempo di *Platone*, le società greche (sia Atene che Sparta) condividessero davvero questo punto di vista.

Anche *Aristotele* si è espresso su questo tema, ricorrendo però ad argomenti più giuridici che di principio. Egli considera infatti il suicidio innanzitutto un comportamento negativo della società nei confronti dei cittadini, poiché a suo parere è impensabile commettere un torto verso sé stessi. Ritiene inoltre che tutto quanto non è ordinato esplicitamente dalla legge debba considerarsi proibito.¹⁹

Già nelle civiltà pre-cristiane l'atteggiamento nei confronti del suicidio era fondamentalmente negativo, anche se non era tanto radicale come nei secoli successivi. Nel diritto romano, si trova traccia di una particolare sanzione, ovvero la confisca dei beni di un imputato, che si sarebbe suicidato per sfuggire a una condanna penale. Pur trattandosi di un caso molto speciale e raro, esso ha influenzato i costumi e le mentalità anche dei secoli cristiani successivi.²⁰

¹⁵ San Tommaso D'Aquino, *Summa theologiae*, II^o-II^o, q. 64, art. 5 (it: Bologna 1984): Tertio, quia vita est quoddam donum divinitus homini attributum, et eius potestati subjectum qui occidit et vivere facit. Et ideo qui se ipsum vita privat in Deum peccat; sicut qui alienum servum interficit peccat in dominum cuius est servus; et sicut peccat ille qui usurpat sibi iudicium de re sibi non commissa. Ad solum enim Deum pertinet iudicium mortis et vitae [...].

¹⁶ Per una storia filosofica del suicidio, cfr. G. Minois, *Histoire du Suicide. La société face à la mort volontaire*, Paris 1995, Cfr. anche A. Holderegger, *Suizid - Leben und Tod im Widerstreit*, Freiburg i. Üe. 2000.

¹⁷ Cfr. *Platone*, *Fedone*, 62 a-d.

¹⁸ Cfr. *Platone*, *Leggi*, IX, 873, c-d.

¹⁹ Cfr. *Aristotele*, *Etica Nicomachea*, 1138 a.

²⁰ Per un'analisi del diritto romano, cfr. R. Marra, *Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale*, Napoli 1987.

c) Prime critiche al divieto di suicidio

Queste posizioni che sembravano così «intangibili» nel Medio Evo sarebbero state messe già messe in discussione a partire dall'Umanesimo per poi essere oggetto di critiche sempre più accese nel secolo dell'Illuminismo.

A dire il vero, gli umanisti hanno avuto la possibilità di ispirarsi ai filosofi dell'Antichità pre-cristiana, e in particolare agli *Stoici*, che avevano già tentato di conferire al suicidio una certa plausibilità. Semplificando, in virtù della loro dottrina ogni uomo deve vivere in armonia con il *logos*, immagine della ragione divina nel cosmo, cioè con la natura e le sue leggi. Inoltre, non deve lasciarsi dominare dai suoi istinti, dai sentimenti o dalle emozioni, ma soltanto dalla ragione, in modo da raggiungere lo stato dell'*apatheia*, ovvero della totale assenza di pulsioni. Le scelte che l'uomo può operare rientrano nell'ordine delle cose buone o cattive oppure nell'ordine delle cose indifferenti, dette *adiaphora*.²¹ Una decisione di suicidarsi lungamente ponderata, ma non realizzata per mancanza di coraggio, rientra nelle cose indifferenti, il cui valore positivo o negativo è determinato dal rispettivo contesto. Simili considerazioni si ritrovano in diversi scritti di *Seneca*, che la tradizione cristiana non ha completamente ricusato.²²

L'essere umano, colpito dalla miseria o dall'alienazione mentale è libero di lasciare l'esistenza. Nella sua celebre settantesima lettera, Seneca scrive: «Troverai anche uomini che hanno fatto professione di saggezza e sostengono che non si debba fare violenza a sé stessi; per loro il suicidio è un delitto: bisogna aspettare il termine fissato dalla natura. Non si accorgono che in questo modo si precludono la via della libertà? Averci dato un solo ingresso alla vita, ma diverse vie di uscita è quanto di meglio abbia stabilito la legge divina.»²³ Lo stoicismo non si è quindi opposto unicamente alla condanna morale del suicidio, ma ha elaborato una vera e propria dottrina filosofica a favore dello stesso. Dal canto suo, *Epitteto* affermava che noi esseri umani dobbiamo rimanere con pazienza e perseveranza al posto che Dio ci ha assegnato. Ma non appena ci dà un segnale che ci esonera dalla nostra missione, siamo liberi di tornare da lui.²⁴ Fino in epoca tardoromana il suicidio tra le persone in età molto avanzata, fisicamente debilitate o affette da dolori insopportabili era assolutamente abituale ed è oggetto di numerose descrizioni. A volte venivano coinvolti anche i medici.²⁵

Con l'Umanesimo questa idea riappare, ma adeguata al contesto storico di allora. *Michel de Montaigne*, il più celebre rappresentante di questa corrente di pensiero illustra nei suoi «Essais» una visione globale della vita nella quale il suicidio, a determinate condizioni, può essere giudicato positivamente. Per concepire l'aspetto positivo del suicidio occorre relativizzare la morte, che non determina la fine della nostra vita, ma ne traccia semplicemente un confine. Non bisogna quindi attribuirle troppa importanza, ma saper convivere con essa. Se la morte rappresenta una scelta sensata, Montaigne consiglia di prenderla in considerazione senza timore. Pertanto, è indispensabile non lasciarsi sopraffare dalle teorie secondo cui la vita non ci appartiene. Così come colui che brucia la propria legna non è un incendiario, colui che si toglie la vita non è un assassino.²⁶ Per situare correttamente Montaigne all'interno dell'Umanesimo, occorre considerare la sua posizione in primo luogo come coraggiosa affermazione dell'autonomia dell'essere umano nei confronti di forze esterne, siano esse umane o divine e in ultima analisi come la volontà di decriminalizzare il suicidio.

²¹ Cfr. *Stoicorum Veterum Fragmenta*, vol. III, Joachim von Arnim (ed.), Stuttgart 1978, pag. 54.

²² Cfr. in part. Lucio Anneo Seneca, *Lettere a Lucilio* (it.: Milano 1975), lettere 12, 26, 59, 70, 78.

²³ Idem, lettera 70 11.

²⁴ Cfr. Epitteto, *Diatriba I*, 9

²⁵ Cfr. A. J. L. van Hooff, *From Autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity*, London/New York 1990; cfr. Zimmermann-Acklin, *Euthanasie*, pag. 23.

²⁶ Cfr. Michel de Montaigne, in *Oeuvres complètes*, a c. di Albert Thiabaudet e Maurice Rat, Parigi 1962, pag. 332

Montaigne si discosta così definitivamente dalla tradizione inaugurata da Sant'Agostino.

Con l'avvento della filosofia dell'Illuminismo, nel Diciottesimo secolo, gli argomenti che vogliono mettere in discussione la tradizione cristiana si radicalizzano ulteriormente. Questa radicalizzazione è però l'unico denominatore comune tra i filosofi dei Lumi. Le loro posizioni divergono infatti notevolmente e rappresentano quindi la prima esperienza di *discussione pubblica* su questo argomento in una *società aperta*. Tra coloro che manifestano le proprie idee in modo incisivo, si annoverano *David Hume* e *Immanuel Kant*, influenti rappresentanti rispettivamente dell'approvazione e della condanna del suicidio.

Nel 1777, David Hume dedica a quest'argomento un saggio specifico intitolato «Sul suicidio», nel quale definisce la criminalizzazione, ancora diffusa a quell'epoca, un fenomeno di superstizione e di «falsa religione». Il suo obiettivo è di fare in modo che il suicidio non sia giudicato negativamente, né dal profilo morale né da quello giuridico. Il suo lavoro di «smontaggio» avviene a tre livelli: il suicidio non è una trasgressione del nostro dovere verso Dio, il prossimo, o noi stessi.²⁷ Primo livello: Hume ritiene che per governare il mondo Dio abbia istituito una serie di leggi che riguardano sia il l'universo fisico che quello spirituale. La totalità di queste leggi produce un'armonia che rende plausibile l'esistenza di Dio. Il suicidio di un individuo non contrasta con quest'armonia globale, ma si integra nel complesso disegno della Provvidenza divina, che non possiamo ricostruire in ogni dettaglio. Per Hume non si tratta di legittimare ogni singolo suicidio, ma di sottrarre questo atto alla categoria dei delitti commessi contro la volontà di Dio. Non è infatti possibile dimostrare che suicidio e volontà divina siano in contraddizione, e nemmeno il contrario. Dovremmo invece ringraziare la Provvidenza di lasciarci la libertà di scegliere, senza intervenire direttamente impedendo il suicidio. Secondo livello: Hume intende anche confutare le argomentazioni degli oppositori del suicidio, secondo cui il suicidio sarebbe un chiaro atto contro la società e il prossimo. Risponde loro che ognuno di noi dà qualcosa alla società e riceve qualcosa in cambio. Di conseguenza, chi l'abbandona suicidandosi senza chiedere il permesso non viola alcun patto: ovviamente non darà più niente alla società, ma non chiederà nemmeno più nulla in cambio. Il suicidio non infrange quindi i principi dell'equità. Terzo livello: secondo Hume, il suicidio non viola i nostri obblighi nei confronti di noi stessi, in quanto l'istinto di autoconservazione ci preserva dal commettere atti sconvenienti contro il nostro stesso interesse. Se l'individuo trova la forza di togliersi la vita, significa che è giunto alla conclusione che commette un simile gesto nel proprio interesse: di conseguenza non si tratta di un atto di automutilazione. Hume conclude con un'osservazione di natura teologica. Anche se da una lettura attenta della Bibbia si capisce chiaramente quanto essa si opponga all'assassinio, essa non contiene alcuna testimonianza esplicita contro il suicidio. Pertanto, l'interpretazione del quinto comandamento da parte di Sant'Agostino, secondo cui il suicidio equivale a un assassinio, diventa insostenibile.

Kant argomenta invece diversamente²⁸. Il filosofo tedesco colloca il suicidio tra i doveri dell'uomo nei confronti di sé stesso. Ma come giustificare simili doveri? Va precisato che Kant osserva l'essere umano da due punti di vista diversi. Il primo aspetto è *l'animalità*, attraverso la quale ognuno cerca di conservarsi e pertanto di non autodistruggersi. Tuttavia, se l'essere umano ha intenzione di suicidarsi, non deve prendere in considerazione unicamente la propria animalità, ma deve pensare che è anche un *essere morale*, e in quanto tale ha dei doveri nei confronti di sé stesso. Se un uomo rispetta l'essere morale che vive in lui, rispetta attraverso la sua persona l'intera umanità, mentre se lo disprezza o lo distrugge, avvilisce tutta l'umanità. Per Kant, il suicidio non costituisce quindi solo un male mora-

²⁷ Cfr. David Hume, *Sul Suicidio*, in: *Storia naturale della religione*, Bari 1970, pag. 121.

²⁸ Per una prima introduzione, cfr. H. Wittwer, *Über Kants Verbot der Selbsttötung*, in: *Kant Studien* 92/2 (2001), pagg. 180-209.

le, ma un crimine. «Distruggere il soggetto dell'eticità nella sua propria persona sarebbe come estirpare dal mondo ... l'esistenza dell'eticità stessa...».²⁹

A quel tempo, il rigorismo kantiano aveva sia sostenitori che critici. Tra i critici si annovera Arthur Schopenhauer, che aveva ampiamente ironizzato sul concetto di «doveri verso sé stessi». Questi e altri argomenti tratti dalla storia dell'etica riaffiorano anche negli attuali dibattiti di natura etica sull'assistenza al suicidio, di cui sono presentate nelle pagine seguenti i tratti essenziali.

II.2 La posizione delle Chiese nei confronti dell'assistenza al suicidio

Occorre distinguere la posizione ufficiale delle due grandi Chiese a proposito dell'assistenza al suicidio dalle convinzioni personali di molti dei loro membri. È probabile che non siano pochi i membri dell'una e dell'altra Chiesa le cui opinioni divergono dalla posizione ufficiale delle rispettive istanze dirigenti. Pertanto, le posizioni ecclesiastiche ufficiali presentate di seguito vanno considerate solo limitatamente rappresentative delle idee dei membri di queste Chiese sull'argomento.

La posizione della Federazione delle Chiese protestanti svizzere (FEPS) emerge chiaramente dal parere espresso dal suo Consiglio nella consultazione sulle direttive medico-etiche rivedute dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) sull'assistenza dei pazienti in fin di vita. Questo parere evidenzia due elementi: uno sottolinea un passaggio concernente i principi e i valori fondamentali che, riferendosi al principio della dignità delle persone, afferma che dev'essere rispettata l'opinione di ogni essere umano riguardo alla propria morte. L'altro pone l'accento sul fatto che la problematica della fine della vita non è una questione meramente individuale. Infatti, proprio per la sua portata e per gli effetti che produce è rilevante per l'intera società, nella misura in cui la persona in fin di vita necessita di una particolare solidarietà. In questo senso, il Consiglio della FEPS assume un atteggiamento complessivamente positivo nei confronti delle direttive dell'ASSM e ne approva lo spirito.

Ciò vale anche per la posizione ponderata e sfumata dell'ASSM riguardo all'assistenza al suicidio, in particolare per la considerazione secondo cui l'assistenza al suicidio non è parte dell'attività medica. Questa posizione è giustificata dalla necessità di difendere il rapporto di fiducia tra medico e paziente, e dal fatto che per la sua funzione il medico non è tenuto a prestare assistenza al paziente che intende suicidarsi. Il Consiglio della FEPS concorda però con l'ASSM nel sostenere che a precise condizioni il medico deve avere la possibilità di assecondare la richiesta del paziente di farsi assistere nel suicidio. Tuttavia, il medico deve anche avere il diritto di rifiutare a un paziente questo genere di aiuto. Inoltre, il Consiglio della FEPS propone di completare i requisiti minimi previsti dall'ASSM per l'assistenza al suicidio (la morte è prossima, sono state esaurite tutte le alternative e la decisione di farla finita è libera e ponderata) con due criteri supplementari: le sofferenze morali e fisiche del paziente devono essere insopportabili e il paziente dev'essere in grado di esprimere la propria volontà e aver manifestato inequivocabilmente la sua intenzione di morire. La FEPS pone l'accento sulla responsabilità della società e sulla necessità di sorvegliare legalmente e istituzionalmente le pratiche di assistenza al suicidio.

Diversa è invece la posizione della Chiesa cattolica. Innanzitutto per la sua forma: figura infatti in una lettera pastorale dei Vescovi svizzeri sull'eutanasia e l'accompagnamento dei morenti intitolata: «Morire con dignità». Essa inizia con una serie di riflessioni sulla «serietà della morte», che attualizzano il senso religioso del tra-

²⁹ Immanuel Kant, *La metafisica dei costumi*, Bari 1983, *Elementi dell'etica*, Parte I, Lib. 1, Cap I, 6 pag. 279

passo e le tre dimensioni della morte umana: esistenziale, sociale e religiosa. Un paragrafo si sofferma anche sui tentativi di vincere la morte attraverso lo studio scientifico del processo che porta alla morte, la rimozione e la banalizzazione della morte, l'autodeterminazione della morte sottoforma di suicidio e il superamento della morte in senso religioso. La lettera pastorale approfondisce inoltre le tematiche della «Dignità cristiana della morte» e della «Dignità del morente», evocando in particolare il nesso tra autodeterminazione e dipendenza. Per i Vescovi, l'autodeterminazione esiste solo come questione di fondo e nei limiti della fondamentale dipendenza dell'esistenza umana. «L'accompagnamento dei morenti consiste nel facilitare loro l'accettazione della morte come un ultimo e decisivo intervento esterno.» Questo passaggio può essere semplificato da un atteggiamento religioso, secondo cui anche la propria morte è nelle mani di Dio.

Il paragrafo sull'assistenza al suicidio precisa che questa pratica si distingue appena dall'eutanasia attiva, in quanto tutti i preparativi sono organizzati da chi assiste e il paziente si limita a compiere l'ultimo gesto letale. «È difficile non vedere in questa differenza un semplice sotterfugio casistico». «Seconda differenza, ancora più importante. Mentre l'omicidio su domanda viene considerato l'ultima soluzione di fronte a sofferenze intollerabili, il suicidio assistito è preso in considerazione ben prima della fine del processo che conduce alla morte,...». Per i Vescovi, contro il suicidio assistito vi sarebbero ragioni intrinseche, come il fatto che l'intenzione di farla finita spesso non poggia su una decisione realmente libera, ma è dettata dal peso di una grave sofferenza, e ragioni esterne, viste le *conseguenze di natura etico-sociale* che comporterebbe una prassi estesa del suicidio. I Vescovi menzionano il rischio che si crei un fenomeno di contagio, una banalizzazione della morte legata a «un'ideologia dell'uomo onnipotente e autonomo» e la demotivazione di «coloro che si trovano confrontati con gravi difficoltà, proponendo loro di lasciare la vita». La lettera episcopale si riferisce anche ai possibili effetti di una simile prospettiva per le persone gravemente handicappate, che potrebbero vedersi costrette a chiedersi se non sarebbe meglio «accettare di essere uccise, piuttosto che ricorrere a importanti mezzi per rendere un po' più sopportabile il tempo che resta loro da vivere».

«A causa della sua somiglianza con l'omicidio su domanda, noi rifiutiamo categoricamente l'aiuto al suicidio.» I vescovi fanno riferimento a una «spiacevole lacuna» del diritto penale svizzero che «bisognerebbe colmare senza indugio», relativa all'aiuto al suicidio «per le persone sofferenti di malattie psichiche» e alla «propaganda in favore dell'aiuto al suicidio».

II.3 Sociologia del suicidio

A partire dal Diciannovesimo secolo, il suicidio diventa anche materia di ricerca nelle scienze sociali, che non si interrogano tanto sul diritto dell'essere umano di distruggere la propria vita, quanto sulle cause e i motivi generati dalla società stessa, che spingono una persona a commettere un gesto suicida.

Principale esponente di questo nuovo ambito di ricerca, *Émile Durkheim* non può certo mancare nella discussione sul suicidio. La sua analisi del suicidio continua ad esercitare il proprio influsso anche ai giorni nostri. Chi leggesse oggi *Il suicidio* («Le suicide»), pubblicato per la prima volta nel 1897, potrebbe attendersi una visione disincantata e asettica di questo fenomeno. Ma non è affatto così: Durkheim espone le sue convinzioni con estrema chiarezza, senza accontentarsi di affermare che l'atto di suicidio sarebbe dannoso a qualunque tipo di società.³⁰ In

³⁰ Cfr. Émile Durkheim, *Il suicidio*. Studio di sociologia, trad. it. Milano 1987.

realtà propone una spiegazione complessa del fatto che le società più «primitive» siano più permissive di quelle medievali o moderne nel giudicare e nel combattere il suicidio. Secondo Durkheim, questo mutato atteggiamento va ricondotto al fatto che le società moderne sono consapevoli del *carattere sacro della persona umana* e hanno sviluppato nei suoi confronti un rispetto che esclude qualsiasi genere di distruzione. Questo atteggiamento resiste, anche se le convinzioni religiose delle persone nelle società industrializzate si allontanano sempre di più dalle dottrine della tradizione giudaico-cristiana. Di fronte al suicidio di uno dei suoi membri, la società conosce una frattura, che ferisce il suo tessuto sociale e la fa sentire indifesa. Per proteggersi, le moderne società devono quindi reagire ed esprimere la propria disapprovazione morale e sociale del gesto suicida, senza però reintrodurre le punizioni previste dalle società arcaiche contro coloro che tentavano o portavano a termine questo atto. Affinché le persone agiscano secondo determinate regole e non in totale anomia (assenza di norme sociali), la società deve trovare un equilibrio tra tendenze collettiviste e individualiste, per creare i presupposti affinché l'individuo in caso di conflitto non ricorra al suicidio come *ultima ratio*³¹.

Nella sociologia del Ventesimo secolo, il dibattito sugli argomenti morali era stato relegato in secondo piano a favore di discorsi incentrati sulla psicologia e sulla psichiatria, per poi tornare d'attualità, essenzialmente per la problematica della fase finale dell'esistenza umana caratterizzata dalla malattia e dal dolore.

Da allora, la ricerca sociologica ha potuto dimostrare che le persone confrontate con malattie, stress, traumi, abusi o altri problemi personali gravi presentano un elevato rischio di sviluppare un comportamento suicida. Tuttavia, solo una minoranza delle persone che rientrano in questi gruppi ad alto rischio si toglie davvero la vita o tenta di farlo. Non bastano quindi i fattori di rischio individuali a spiegare la frequenza o la scarsità dei suicidi in queste fasce di popolazione. Come lo stesso Durkheim aveva già supposto a suo tempo, la frequenza del suicidio dipende dal clima morale o psicologico che regna in una determinata società. Per spiegare fenomeni come il suicidio, occorre infatti riferirsi alle norme e ai valori, ai modelli comportamentali e ai modelli risolutivi che una società produce e trasmette. Durkheim sosteneva che la frequenza dei suicidi varia a seconda del grado d'integrazione degli individui nella comunità. Nel frattempo, a questa sua regola sono stati aggiunti altri fattori di natura sociale.

Secondo I. H. Mäkinen, il clima sociale è soprattutto un sistema culturale e normativo, del quale fanno parte le leggi, i comportamenti culturali e le religioni. Rifacendosi alla teoria sociale di Talcott Parson, Mäkinen dimostra come i sistemi simbolici culturali possano creare esigenze individuali. Queste esigenze riducono il margine di manovra e influenzano le motivazioni e le forme di comportamento adottate dinanzi a un problema da risolvere. Sulla stessa linea, Menno Boldt ha evidenziato il ruolo svolto dalle concezioni socio-culturali del suicidio nell'influenzare il comportamento individuale. La situazione varia a seconda che il suicidio sia considerato un peccato imperdonabile, un atto psicotico, un diritto umano, un dovere rituale, un atto impensabile o qualcos'altro ancora.³²

Nelle sue ricerche svolte nell'ambito di una teoria delle motivazioni sociali - che non si limitava a paragonare la frequenza degli atti, ma esaminava l'insorgere della motivazione dal profilo qualitativo - Christa Lindner-Braun³³ ha proposto una spiegazione del suicidio articolata su quattro livelli. (1) La valutazione dei risultati: che esamina in quali casi un atto suicida si conclude con la morte e in quali il

³¹ Idem, pag. 336

³² Cfr. panoramica in U. Bille-Brahe, *Sociology and Suicidal Behaviour*, in: K. Hawton, K. van Heeringen, eds., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester 2000, pagg. 193-207).

³³ Cfr. Ch. Lindner-Braun, *Soziologie des Selbstmords*, Opladen 1990.

diretto interessato sopravvive. (2) La valutazione del gesto: nell'ambito della quale ci si chiede quando e perché è stato compiuto un gesto suicida. (3) La valutazione della strumentalità: che valuta in che modo nasce l'idea di commettere suicidio o di tentarlo. (4) La valutazione della motivazione: che analizza la maniera in cui nasce la convinzione di trovarsi in una situazione senza via d'uscita. Basandosi sulla sua teoria esplicativa, Christa Lindner-Braun insiste sul fatto che i suicidi e i tentativi di suicidio sono un fenomeno sociale e non vanno considerati come semplici atti di natura psicopatologica. Questo emerge soprattutto al quarto livello, poiché i fattori che generano la convinzione di trovarsi in una situazione senza via d'uscita possono trovarsi al di fuori dalla sfera d'influenza dell'individuo.

A livello interpersonale si constata un fenomeno di trasmissione del comportamento suicida in seno alle famiglie o a piccoli gruppi. Il comportamento suicida è fondamentalmente un comportamento acquisito come forma speciale di comunicazione e mezzo per risolvere i problemi. Diversi studi dimostrano che una persona confrontata con un comportamento suicida in famiglia è maggiormente esposta al rischio di commettere a sua volta un simile atto. A livello macroscopico, anche i mass media incidono notevolmente sul comportamento delle persone, veicolando ideali che valorizzano il suicidio e che inducono in un certo senso all'emulazione.³⁴

Una delle prove più impressionanti di questa ipotesi è quella derivante dalla decisione (del 1987) di modificare la copertura giornalistica dei casi di suicidio avvenuti nella metropolitana di Vienna. Questo provvedimento ha evidenziato l'effetto preventivo di una precisa politica dell'informazione. Dalla sua apertura, nel 1978, la metropolitana della capitale austriaca era stata spesso funestata da suicidi. Nei primi anni, il loro numero era contenuto, ma a partire dal 1984 è cresciuto rapidamente e la spiegazione non poteva essere attribuita all'ampliamento della rete. Dal canto loro, i media riportavano ogni suicidio con toni sensazionalistici e drammatici. Con l'introduzione, nel 1987, delle direttive sulla copertura giornalistica, la stampa scritta ha fatto in modo che le notizie sui suicidi non apparissero più sulle prime pagine e si limitassero a poche righe. Grazie a questa contromisura, la frequenza dei suicidi nella metropolitana è scesa di due terzi circa e ed è rimasta costante negli anni successivi.³⁵

Conosciuto, anche se controverso nella ricerca empirica, è il cosiddetto «effetto Werther». Negli anni 1981 e 1982, il secondo canale della televisione tedesca ha trasmesso uno sceneggiato televisivo dal titolo «Tod eines Studenten» (Morte di uno studente), che racconta di un suicidio sulla linea della metropolitana. Rapidamente, il tasso di suicidi dei giovani dai 15 ai 29 anni subisce un'impennata, più marcata in occasione della prima diffusione che della replica.

La correlazione tra una diversa copertura da parte della stampa scritta e la variazione della frequenza dei suicidi avvalorava l'ipotesi secondo cui le cronache e la descrizione di un comportamento suicida reale o fittizio possono provocare altri suicidi e accentuare il comportamento imitativo.³⁶ Diversamente, un resoconto oggettivo dell'accaduto può esercitare un effetto preventivo. Finora non sono ancora stati studiati i potenziali effetti della crescente accettazione a livello sociale e del simbolismo specifico dei suicidi assistiti da associazioni specializzate o strutture mediche sulla motivazione del comportamento suicida.

³⁴ Cfr. Bille-Brahe, loc. cit.

³⁵ Cfr. A. Schmidtke, S. Schaller, *The Role of Mass Media in Suicide Prevention*. in: K. Hawton, K. van Heeringen, eds., *The International Handbook of Suicide and Attempted Suicide*, Chichester 2000, pagg. 675-697.

³⁶ Cfr. Schmidtke / Schaller, loc. cit.

II.4 Epidemiologia del suicidio³⁷

Sulla frequenza del suicidio esistono cifre relativamente precise. In Svizzera, dall'1 al 2 per cento di tutti i decessi è imputabile al suicidio³⁸. Nei Paesi dell'UE ogni anno muoiono circa 58'000 persone in seguito a suicidio o autolesioni. Il numero dei suicidi supera quello di decessi per incidenti stradali (50'700) e omicidi (5'350).³⁹ Diversa è la situazione dei tentativi di suicidio, per i quali le conoscenze sono meno precise. Si tratta di un fenomeno relativamente frequente, e si calcola che nel corso della propria esistenza circa il 10 per cento della popolazione svizzera tenti una o più volte di togliersi la vita.

a) Suicidi

Nel 2000, in Svizzera, 1'378 persone (979 uomini e 399 donne) si sono tolte la vita, una cifra che equivale a un tasso di suicidio di 19,1 per 100'000 abitanti. Dalla statistica delle cause di morte, realizzata dall'Ufficio federale di statistica, emerge che nel 2000 i decessi per suicidio superavano l'insieme dei morti per aids, droga e incidenti (cfr. tabella). Il suicidio è attualmente la principale causa di morte degli uomini dai 15 ai 44 anni. Nelle cause di morte precoce, solo i tumori tra le donne di 43 anni e più hanno un'incidenza maggiore del suicidio.

Tabella: Cause di morte nel 2000⁴⁰

(fonte: statistica delle cause di morte, UST)

	Numero	Quota % di decessi complessivi	Numero	Quota % di decessi complessivi	Numero	Quota % di decessi complessivi
Suicidio	1'378	2.2%	979	3.2%	399	1.2%
Aids	127	0.2%	83	0.3%	44	0.1%
Droga	222	0.3%	177	0.6%	45	0.1%
Inc. stradali	578	0.9%	419	1.4%	159	0.5%
Abuso di alcol *	ca. 2'200	ca.3.5%	ca. 1'300	ca.4.3%	ca. 900	ca.2.8%
Tabagismo *	ca. 8'800	ca. 14.7%	ca. 6'500	ca. 21.4%	ca. 2'300	ca.7.2%
Totale	62'545	100%	30'411	100%	32'134	100%

*Stime dell'Istituto svizzero di prevenzione dell'alcolismo e altre tossicomanie degli anni 2001 (alcol) e 1999 (tabacco).

Secondo le stime dell'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2000 sono decedute nel mondo circa 815 000 persone per suicidio, ciò che corrisponde a un tasso di 14,5 suicidi per 100'000 abitanti o a un suicidio ogni 40 secondi.⁴¹ In Svizzera, il tasso di suicidio è di 19,1 e risulta nettamente superiore alla media europea sia tra gli uomini che tra le donne. È inferiore a quello attestato da Russia, Ungheria, Slovenia, Finlandia, Croazia, Austria e Belgio, ma superiore alle cifre registrate da Francia, Danimarca e Germania e nettamente superiore a quelle di Stati Uniti, Spagna, Italia, Portogallo e Grecia.⁴²

Differenze cantionali: negli ultimi 30 anni, le differenze cantionali si sono nettamente attenuate. Dal 1990 al 1999 i tassi annuali di suicidio variavano dai 15/100'000 abitanti (del Ticino e della Svizzera centrale) ai circa 25/100'000 (di Appenzello, Basilea, Berna). Il tasso di suicidio rispecchia il grado di urbanizzazione di un Can-

³⁷ Cfr. anche Rapporto dell'Ufficio federale della sanità pubblica, UFSP, Suicidio e prevenzione del suicidio in Svizzera, Rapporto in esecuzione del postulato Widmer (02.3251), Berna 2005

³⁸ Cfr. Ufficio federale di statistica, UST, statistica delle cause di morte

³⁹ Cfr. OMS, Banca dati europea Salute per tutti, giugno 2004 <http://www.euro.who.int/hfad>

⁴⁰ Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP), suicidio e prevenzione del suicidio in Svizzera, Rapporto in risposta del postulato Widmer (02.3251), Berna 2005

⁴¹ Cfr. OMS, Krug EG et al. (ed.), World report on violence and health, World Health Organization, Ginevra, 2002.

⁴² OMS loc. cit.

tone: in altre parole, tanto più un Cantone è urbano, quanto maggiore è il tasso di suicidio. L'unica eccezione che permane peraltro inspiegabile è costituita dai Cantoni rurali di Appenzello Esterno e Appenzello Interno che si situano in testa alla classifica.

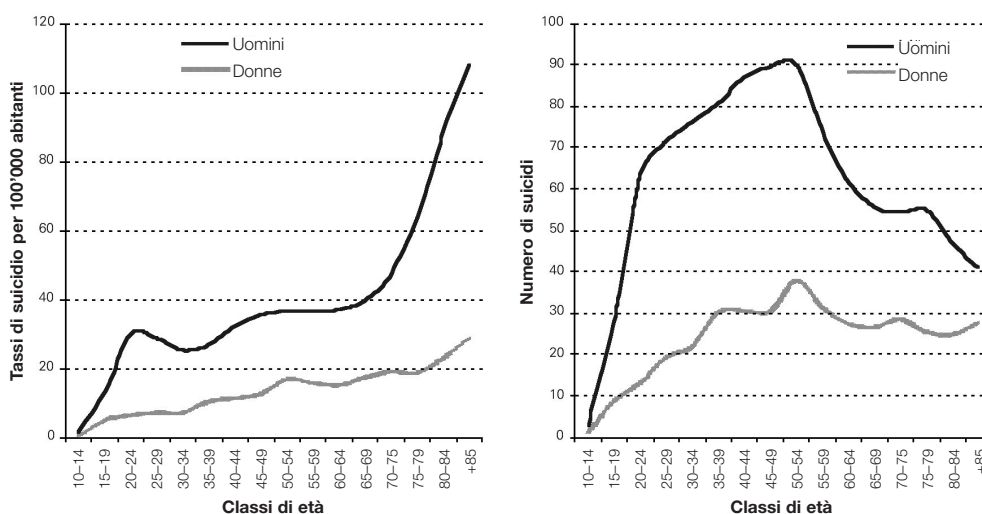
Caratteristiche sociodemografiche

Sesso: i suicidi sono circa tre volte più frequenti tra gli uomini che tra le donne. Negli anni dal 1995 al 2000, il tasso medio di suicidio si è attestato a 26,7/100'000 tra gli uomini e a 9,3/100'000 tra le donne. Forti differenze emergono anche riguardo alle modalità di suicidio (vedi sotto).

Età: particolarmente marcate sono le differenze nei tassi di suicidio tra uomini e donne nelle fasce d'età dai 15 ai 24 anni e oltre i 75 anni, un gruppo quest'ultimo dove questo fenomeno è di 3,5-4 volte più elevato tra gli uomini che tra le donne. Esaminando l'andamento della quota di suicidi in base all'età, si constatano differenze a seconda del sesso (cfr. figure sotto). Tra le persone in età avanzata, i suicidi hanno segnato una forte crescita. In seguito all'invecchiamento demografico della società, c'è da attendersi un aumento del numero di suicidi tra la popolazione anziana.

Figure: Tassi di suicidio e frequenza in cifre assolute, per età e sesso⁴³

(Medie 1996-2000; (fonte: statistica delle cause di morte, UST)



Altri fattori: lo stato civile incide notevolmente sul rischio di suicidio, in particolare tra gli uomini. Il rischio di commettere suicidio delle persone vedove, divorziate o sole è di 1,5-2 volte superiore a quello delle persone coniugate. Anche fattori come la formazione, la professione e il reddito possono incidere. Secondo l'Indagine sulla Salute in Svizzera nel 1993, le persone attive nell'artigianato e quelle senza formazione professionale sarebbero leggermente più esposte al rischio di suicidio.⁴⁴

⁴³ Cfr. UFSP loc. cit.

⁴⁴ Cfr. T. Spuhler/K. Michel, Suizid, in: W. Weiss (ed.), Gesundheit in der Schweiz, Zürich, 1993.

Modalità di suicidio

La statistica delle cause di morte dell'Ufficio federale di statistica esamina anche le modalità di suicidio dal 1969 al 2000. Da questa analisi risulta che gli uomini ricorrono il più sovente alle tecniche «dure» (armi da fuoco: 32,2%; impiccagione: 28,1%), mentre le donne optano nell'ordine per l'avvelenamento (24,5%), l'impiccagione (19,2%), l'annegamento (17,7%) e il salto nel vuoto (16,9%).

b) Tentativi di suicidio

È più difficile rilevare statisticamente i tentativi di suicidio che i suicidi portati a termine. Si possono tuttavia ottenere informazioni particolarmente attendibili dalle ricerche svolte sui tentativi di suicidio oggetto di trattamento medico. Lo studio multicentrico dell'OMS/EURO per la rilevazione del comportamento suicida⁴⁵ tenta con l'ausilio di una definizione unitaria⁴⁶ di censire tutti i tentativi di suicidio di determinate regioni in vari Paesi europei. Per la Svizzera sono stati raccolti i dati dell'agglomerato di Berna, dal 1989 al 1995, e del Cantone di Basilea Città, a partire dal 2003. Generalizzando questi dati all'intera Svizzera, si può supporre che ogni anno più di 10'000 persone sono sottoposte a cure mediche per un tentativo di suicidio (ca. 4'000 uomini e 6'000 donne). Calcolando che alcuni soggetti sono registrati più volte perché tentano ripetutamente di togliersi la vita, si calcola che circa 9'000 persone all'anno ricorrono al medico per le conseguenze del loro gesto. In altre parole: una volta nel corso della propria vita quasi il 10 per cento della popolazione residente in Svizzera tenta di uccidersi.

Si suppone che complessivamente i tentati suicidi siano nettamente superiori ai 10'000 casi sottoposti a trattamento citati poc'anzi. Vista la difficoltà di quantificare le cifre sommerse, le stime variano notevolmente: quelle più prudenti indicano dai 20'000 ai 25'000 casi all'anno. Queste cifre non tengono conto però dei comportamenti autolesivi abituali come l'eccessiva assunzione di bevande alcoliche, il tabagismo, l'obesità o la guida pericolosa.

Caratteristiche sociodemografiche:

diversamente dai suicidi, i tentativi di suicidio sono più frequenti tra le donne che tra gli uomini. Per esempio, dal 1989 al 1995 i tassi medi di tentato suicidio nell'agglomerato di Berna erano di 100 per 100'000 uomini e di 160 per 100'000 donne. La differenza tra i sessi è notevole soprattutto tra i giovani. In Svizzera, il tasso di tentato suicidio supera di quattro volte tra gli uomini e di 16 volte tra le donne quello dei suicidi consumati.

Lo stato civile incide anche sul tentato suicidio: infatti, le persone sole e le famiglie monoparentali presentano un rischio di tentato suicidio doppio rispetto a quelle che vivono in nuclei familiari composti da padre, madre, figlio/figli. Il tasso di tentato suicidio supera la media tra le persone senza formazione postobbligatoria, inoccupate e straniere residenti. Le differenze tra le religioni sono invece lievi.

Modalità di tentato suicidio:

diversamente da quanto avviene per i suicidi, i farmaci e le droghe sono utilizzati almeno in due terzi dei casi di tentato suicidio. Più dei tre quarti delle sostanze utilizzate sono psicofarmaci.⁴⁷ Gli uomini ricorrono più spesso delle donne ai cosiddetti metodi «duri», come il taglio delle vene, l'impiccagione o il salto nel vuoto da notevoli altezze. In un caso su quattro le modalità utilizzate sono multiple.

⁴⁶ «Il tentato suicidio è inteso come un atto che non ha esito fatale, nel quale l'individuo compie un atto non abituale che, senza l'intervento di altri, gli avrebbe causato un danno o deliberatamente ingerisce una sostanza in eccesso rispetto al dosaggio prescritto o a quello generalmente riconosciuto come terapeutico, la qual cosa, secondo quanto desiderato dall'individuo stesso, dovrebbe procurare delle gravi conseguenze alla sua salute». [OMS, 1986]

⁴⁷ Cfr. K. Michel, C. Knecht, I. Kohler, M. Sturzenegger, Suizidversuche in der Agglomeration Bern. Schweizerische Medizinische Wochenschrift 1991; 121: 1133-1139.

c) Fattori psicologici o psichiatrici che incidono sulla suicidalità

Nel corso del ventesimo secolo, la ricerca in materia di suicidio ha fornito risultati ampiamente avvalorati circa i presupposti, l'evoluzione e i fattori scatenanti della suicidalità. Si tratta di riscontri epidemiologici, risultati neurobiochimici e descrizioni di fenomenologia clinica, di psicologia profonda e di psicodinamica. Oggigiorno, la suicidalità è considerata un comportamento complesso e determinato generalmente da vari fattori che può colpire chiunque. Non è di per sé una malattia, ma è sovente correlata con un disturbo psichico o una situazione di vita pesante e legata a una malattia. Il comportamento suicida può essere espressione di un desiderio d'autonomia, ma in genere dal punto di vista psichiatrico la decisione di farla finita è solo parzialmente libera. Spesso, il margine teoricamente riservato all'autodeterminazione è limitato dall'umore depressivo o disperato, da paure irrazionali o esagerate, da rappresentazioni illusorie o paranoiche. In genere, la tendenza al suicidio è fluttuante e il passaggio all'atto deriva spesso da una ponderazione ambivalente della situazione. Solo in pochi casi un tentativo di suicidio fallito è ripetuto immediatamente. Spesso l'intenzione di farla finita è associata ad aspettative non realizzate.

I risultati delle ricerche in questo ambito sono unanimi nel rilevare che la disillusione è il principale motivo di suicidio. Altri motivi possono essere la disperazione, la sensazione di minaccia, l'isolamento, la vergogna o la rabbia narcisistica. Una parte dei comportamenti suicidari è considerata come un tentativo di salvare con un atto libero un sentimento d'amor proprio minacciato oppure di evitare la vergogna di un declino con un gesto risoluto.

Le malattie psichiche costituiscono il maggiore fattore di rischio. Infatti, il 90 per cento di tutte le persone che si tolgono la vita soffrono di una depressione, di un altro disturbo psichico diagnosticabile o sono affette da dipendenze.⁴⁸ Nel quadro di autopsie psichiatriche, è stato accertato che nel 40-50 per cento dei suicidi, al momento di commettere l'atto le vittime presentavano uno stato di depressione aggravata. Parallelamente, nel 40 per cento circa dei casi è stato diagnosticato un problema di dipendenze e un'incidenza dell'alcool in circa un quinto di tutti i suicidi. Nel 10 per cento dei suicidi è stata constatata una patologia schizofrenica.⁴⁹

Contrariamente ai suicidi, associabili fino al 90 per cento dei casi a disturbi psichici nella storia del soggetto, nei *tentativi di suicidio* la correlazione con le psicopatologie è meno evidente. Specialmente nel caso di episodi unici di tentato suicidio, a scatenare la decisione è spesso una situazione di crisi (passeggera) e più raramente un disturbo psichico di lungo corso che necessita di terapie specifiche.⁵⁰ Diversamente, dal 25 al 50 per cento di tutti i tentativi di suicidio (in particolare tra gli anziani) sono associati a gravi malattie fisiche con forti dolori cronici e disabilità.⁵¹

Le persone in crisi suicidale necessitano più che mai di comprensione ed empatia, di qualcuno che li ascolti, e che capisca che il desiderio di farla finita non ha motivazioni fisse. Queste persone hanno bisogno di un approccio personale, ma non le si può costringere. Molte possono trarre giovamento dal trattamento psichiatrico o psicoterapeutico del disturbo psichico che le affligge. Una profilassi mirata, che includa la preparazione dei medici generalisti nel riconoscere e trattare le depressioni permette di ridurre nettamente il tasso di suicidio tra la popolazione⁵².

⁴⁸ Cfr. A.L. Beautrais, Risk factors for suicide and attempted suicide among young people. A report prepared for the National Health and Medical Research Council 1998, National Health and Medical Research Council, Canberra, 2000.

⁴⁹ Cfr. T. Bronisch, Der Suizid. Ursachen, Warnsignale, Prävention, München 1999.

⁵⁰ Cfr. I. Sakinofsky, Repetition of Suicidal Behaviour, in: K. Haston, K. van Heeringen (ed.), The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester 2000: 385-404

⁵¹ Cfr. E. Nylev Stenager/E.Stenager, Physical Illness and Suicidal Behaviour, in: K. Haston, K. van Heeringen (ed.), The international Handbook of Suicide and Attempted Suicide, Chichester 2000: 405-420.

II.5 Prevenzione del suicidio

Il suicidio è una causa di morte almeno in parte evitabile. La Svizzera presenta un elevato tasso di suicidio, e il potenziale di prevenzione è altrettanto rilevante. Le difficoltà nel riconoscere le persone a rischio rappresentano una grossa sfida per il sistema sanitario. I suicidi e i tentati suicidi non sono un fatto individuale, bensì un problema di salute pubblica che l'intera società deve arginare con le dovute contromisure.

Nel 2001/2002 in Svizzera i suicidi assistiti costituivano lo 0,4 per cento di tutti i decessi. Su scala nazionale, la frequenza dell'assistenza al suicidio si situava a una ventina di casi all'anno nei primi anni Novanta, per poi attestarsi attorno al centinaio di casi a partire dal 1996. Secondo quanto comunicato dalle associazioni di aiuto al suicidio, nel 2002 sono stati registrati complessivamente 137 casi (Exit, Svizzera tedesca, 100 casi; Dignitas, 17 casi; Exit Svizzera romanda, 20 casi). Questa cifra corrisponde all'incirca al 10 per cento di tutti i suicidi o allo 0,2 per cento dei decessi complessivi. Dignitas ha assistito al suicidio anche persone provenienti dall'estero: 59 nel 2002 e 91 nel 2003.⁵³

L'assistenza al suicidio va quindi considerata un atto di eutanasia unicamente se presa in considerazione dal malato terminale o dalla persona in punto di morte. In Svizzera, le associazioni di aiuto al suicidio assistono anche persone che non sono né morenti né affette da malattie incurabili. Da un'analisi dei casi trattati da Exit nella regione di Basilea dal 1992 al 1997 emerge che in 11 dei 43 casi esaminati non sussisteva né una disabilità grave né una malattia in fase terminale.⁵⁴

Prevenire il suicidio significa evitare che un individuo si tolga la vita o tenti di farlo. A livello temporale, la prevenzione si articola sui seguenti livelli:

1. La *prevenzione primaria del suicidio* tenta in generale di ridurre i rischi del gesto suicida attraverso provvedimenti di natura sociale. Rientrano nella prevenzione primaria l'informazione o altre contromisure tese a ridurre il manifestarsi di malattie psichiche gravi (depressioni, alcolismo) in seno a una società.
2. La *prevenzione secondaria del suicidio* consiste nel tentare di arginare attraverso misure di assistenza e trattamenti adeguati il rischio di atti di suicidio, aggravato dall'esistenza di situazioni difficili o di malattie psichiche.
3. La *prevenzione terziaria del suicidio* è finalizzata al miglioramento della prognosi delle persone che hanno già tentato il suicidio attraverso misure di protezione, consulenza, assistenza e terapia.

In Svizzera ad offrire la prevenzione primaria sono soprattutto le famiglie, le scuole, le chiese e altre istituzioni sociali. Negli ultimi anni, il lavoro d'informazione sulla problematica del suicidio ha fatto progressi sia nelle scuole dell'obbligo che negli istituti di formazione superiore. Il successo della prevenzione primaria dipende anche dalle condizioni di vita in seno alla società.

⁵² Cfr. al riguardo: W. Rutz, L. von Knorring, J. Walinder, Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. Acta Psychiatrica Scandinavica 1989; 80: 151-4. G.E. Murphy, The Physician's Responsibility for Suicide. II. Errors of Omission. Annals of Internal Medicine 1975, 82: 305-309. K. Michel, Suizide und Suizidversuche: Könnte der Arzt mehr tun? Schweizerische medizinische Wochenschrift 1986; 116: 770-774. K. Michel, Der Arzt und der suizidale Patient, Teil 1: Grundsätzliche Aspekte, Schweiz Med. Forum 29/30: 704-7, Teil 2: Praktische Aspekte, Schweiz Med. Forum 31: 730-4

⁵³ Cfr. al riguardo: K. Faisst, S. Fischer, U. Zellweger, G. Bosshard, W. Bär, F. Gutzwiller, Medizinische Entscheidungen am Lebensende in sechs europäischen Ländern: Erste Ergebnisse. EU-Projekt «Medical End-of-Life Decisions: Attitudes and Practices in 6 European Countries». Bollettino dei medici svizzeri 2003; 84:1676-1678. Bosshard/Ulrich/Bär: 748 cases of suicide, pagg. 310-317.

⁵⁴ Cfr. A. Frei, T. A. Schenker, A. Finzen, K. Krauchi, V. Dittmann, U. Hoffmann-Richter, Assisted suicide as conducted by a Right-to-Die-society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. Swiss Medical Weekly 2001; 131: 375-380.

Tutto quanto ostacola o preclude l'accesso a determinati strumenti e modalità di suicidio (detossificazione del gas domestico, inasprimento delle normative sulle armi da fuoco, distribuzione controllata dei medicinali e diminuzione della loro tossicità) rappresenta una misura sociale che esplica un effetto preventivo sia a livello primario che secondario. Anche le linee di assistenza spirituale si situano a cavallo tra la prevenzione primaria e secondaria. Il loro obiettivo è di evitare le crisi suicidalì attraverso il dialogo e di aiutare le persone già in crisi ad uscirne.

La misura di profilassi secondaria più diffusa e più analizzata è senza dubbio la terapia farmacologica e/o psicoterapeutica delle patologie psichiche che comportano un elevato rischio di suicidio. Mediante un corretto trattamento è possibile agire sulle spinte autodistruttive in situazioni di crisi e dipanare in un certo senso la situazione. Una terapia farmacologica mirata consente di trattare gli episodi depressivi, l'angoscia patologica o i disturbi psicotici e di ridurre la relativa suicidalità. Oltre a questi supporti medicamentosi, sono soprattutto il dialogo e la profondità della relazione con il medico ad essere importanti per il paziente e ad esprimere un effetto preventivo sulla tendenza al suicidio.

Le offerte di assistenza e riabilitazione destinate specificamente ai cosiddetti gruppi ad alto rischio, come le persone anziane e socialmente isolate, i tossicodipendenti e i malati psichici già trattati in strutture stazionarie, esercitano anche un effetto di prevenzione terziaria. Questo genere di prevenzione, finalizzata soprattutto alla reintegrazione delle persone che hanno tentato di togliersi la vita, comprende anche la psicoterapia e la farmacoterapia di lunga durata.

L'effetto di singoli provvedimenti preventivi specifici non è ancora abbastanza documentato. Quel che è certo è che in genere una persona che dopo un primo serio tentativo di suicidio può contare su un aiuto adeguato non cerca più di togliersi la vita. Una moderna profilassi del suicidio deve quindi prendere in considerazione sia fattori sociali sia fattori medici e psichiatrici sia quelli legati alla visione del mondo.

Osservando l'andamento dei tassi internazionali di suicidio in diversi Paesi europei (cfr. Bopp e Gutzwiller 2003), si constata che la frequenza di questi atti non è fissa. Infatti, grazie agli sforzi di prevenzione, Paesi come la Germania e la Danimarca che registravano tradizionalmente tassi di suicidio elevati, sono riusciti a ridurre sensibilmente questo fenomeno tra il 1955 e il 1999. In futuro occorrerà migliorare la capacità di riconoscimento delle tendenze al suicidio, l'assistenza professionale delle persone a rischio e la ricerca in materia di prevenzione.

Questa constatazione non implica tuttavia l'obbligo assoluto di impedire qualunque suicidio, ma il dovere di evitare perlomeno quei casi legati inequivocabilmente a un disturbo psichico come una profonda depressione. L'obbligo di prevenzione non presuppone nemmeno il ricorso a qualsiasi mezzo per impedire un atto estremo. Nell'attuale dibattito si delinea un certo consenso sull'opportunità di considerare in ogni caso il *principio di proporzionalità*. Le misure coercitive come la privazione della libertà a titolo cautelativo sono plausibili unicamente nei confronti di persone psichicamente labili, il cui discernimento è fortemente compromesso.

Le misure preventive devono quindi essere adeguate alla situazione. È infatti importante non ferire l'autonomia di persone capaci di discernere e non obbligare chi desidera farla finita a continuare a vivere ad ogni costo. Questo genere di prevenzione si estende sul lungo termine e va applicato già nell'infanzia o nell'adolescenza, e non solo dopo le prime crisi suicidalì in età adulta.

Il suicidio sfugge a qualsiasi tentativo di teorizzazione: una considerazione che risulta necessaria viste le molteplici chiavi di lettura della problematica del suicidio e della pluralità di discorsi di natura etica. In questo caso ci si trova dinnanzi a un aspetto tragico, difficilmente controllabile che si manifesta anche nella frammentarietà, con la quale il diritto reagisce alla problematica e tenta se non di disciplinarla, quanto meno di formalizzarla.

II.6 Origine, interpretazione e contesto della norma penale di cui all'articolo 115 CP

a) Genesi

Nel corso del diciottesimo secolo, la valutazione penale della problematica del suicidio nell'Europa continentale subisce un'inversione di rotta. Con l'avvento dell'illuminismo, il dogma medievale del suicidio come crimine (difeso dalla Chiesa e dallo Stato) perde vigore. La nascita del moderno diritto penale segna in effetti l'inizio di un processo di depenalizzazione giuridica del suicidio, che si è tradotto in una moltitudine di leggi.⁵⁵

Anche la valutazione del suicidio in Svizzera ha seguito questo mutamento giuridico. Nel 1893, nella sua rappresentazione del diritto penale Carl Stooss, «padre» del Codice penale svizzero⁵⁶ scriveva che a ragione le leggi svizzere non prevedono la punizione del suicida il cui tentativo è fallito; nella maggior parte dei casi queste persone sono affette da disturbi mentali, uno stato questo che richiede la compassione e non la punizione.⁵⁷ In questo senso, il principio dell'impunità del suicidio o del tentativo di suicidio era incontestato.⁵⁸

La partecipazione a un suicidio era invece vista diversamente. Alla fine del Diciannovesimo secolo, in Svizzera e in numerosi altri Stati l'opinione dominante consisteva nel ritenere punibile la partecipazione di una terza persona a un suicidio. In sintonia con lo spirito del tempo, nella sua monografia apparsa nel 1896 Viktor Wellauer sosteneva che l'incitamento e l'assistenza al suicidio sono atti talmente immorali e i comportamenti dei partecipanti rappresentano una tale violazione dell'ordine giuridico che risulta necessaria una repressione specifica.⁵⁹ Analoga l'argomentazione di Carl Stooss nella sua presa di posizione del 1894, secondo cui colui che determina l'infelice vittima (suicida) a commettere l'atto o le presta aiuto merita di essere punito, in quanto non sussistono motivi che escludono la punibilità del suicidio per il partecipante.⁶⁰

⁵⁵ Per un'analisi delle origini storico-giuridiche, cfr. K. Schüttauf, Suizid im Recht, in: G. Bruder Müller/W. Marx/K. Schüttauf (ed.), Suizid und Sterbehilfe, Würzburg 2003, pagg. 82–91. Cfr. anche A. Bondolfi, Ethische Wertungen des Suizids im Laufe der Geschichte: Übertretungen des Tötungsverbots, Pathologie..., in: H.-B. Peter/P. Mösli (ed.), Suizid...?: aus dem Schatten eines Tabus, Zürich 2003, pagg. 37–48.

⁵⁶ Cfr. Codice penale svizzero del 21 dicembre 1937, RS 311.0.

⁵⁷ C. Stooss, Die Grundzüge des Schweizerischen Strafrechts. Basel/Genf 1893, pag. 15. «Eine Bestrafung des Selbstmörders, dessen Versuch misslungen ist, sehen die schweizerischen Gesetze mit Recht nicht vor; in den meisten Fällen liegt der That Geistesstörung zu Grunde, in allen ein Zustand, der Mitleid und nicht Strafe herausfordert.»

⁵⁸ Cfr. p. es. il commento del professore zurighese E. Hafter, noto esperto di diritto penale, secondo cui «das Strafrecht bekümmert sich nicht um den Selbstmord [...]» Il diritto penale non si preoccupa del suicidio); E. Hafter, Schweizerisches Strafrecht. Besonderer Teil. Erste Hälfte: Delikte gegen Leib und Leben, gegen die Freiheit, gegen das Geschlechtsleben, gegen die Ehre, gegen das Vermögen, Berlin 1937, pag. 26. Inequivocabile anche il commento di P. Logoz: «Car celui qui se suicide n'attente qu'à sa propre vie. Son acte relève de la religion, non du droit pénal»; Commentaire du Code pénal suisse. Partie spéciale. vol. 1, Neuchâtel/Paris 1955

⁵⁹ V. Wellauer, Der Selbstmord: insbesondere Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord (tesi fac. giuridica.). Bern 1896, pag. 94. «Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord ist jedoch eine solche unsittliche Tat und es enthalten die Handlungen der Teilnehmenden eine solche Verletzung der Rechtsordnung, dass sich eine besondere Strafandrohung auf dieselbe empfiehlt.»

⁶⁰ C. Stooss, Schweizerisches Strafgesetzbuch: Vorentwurf mit Motiven, Basel 1894, pag. 26. «Wer aber den Unglücklichen [Selbstmörder] zu der That bestimmt oder ihm dabei Hilfe geleistet hat, ist strafwürdig; denn die Gründe, welche eine Bestrafung des Selbstmörders ausschliessen, bestehen für den Teilnehmer nicht.»

Questa riflessione costituisce l'argomento per la creazione di una norma penale speciale riguardo all'istigazione e all'aiuto al suicidio. Già prima dell'entrata in vigore del Codice penale svizzero (1° gennaio 1941) esistevano leggi penali cantonali⁶¹ che prevedevano la punibilità della partecipazione al suicidio. È proprio su questi modelli legislativi che s'ispirava l'avamprogetto di Codice penale svizzero di Stooss risalente al 1893. Riguardo alla problematica del suicidio, Stooss sosteneva infatti che colui che determina intenzionalmente altri a commettere suicidio o gli presta aiuto, è punito con la prigione da tre mesi a un anno.⁶²

Il principio della punibilità della partecipazione al suicidio è stato confermato dalle commissioni d'esperti incaricate dell'elaborazione dell'avamprogetto. Gli esperti erano fundamentalmente concordi sulla necessità di risolvere il dilemma giuridico tra l'impunità del suicidio e la condanna della partecipazione creando una norma particolare. Al riguardo il professore ginevrino Alfred Gautier sosteneva che se non fossero menzionati esplicitamente, questi atti sfuggirebbero a qualsiasi pena. Dato che il suicidio non è un delitto, in assenza di un'apposita disposizione l'assistenza e l'incitazione al suicidio non sarebbero stati considerati atti di complicità in un delitto.⁶³

La questione della punibilità ha tuttavia suscitato un certo numero di discussioni. Per esempio i pareri discordavano sull'esistenza di «motivi egoistici» nella partecipazione al suicidio. Contro una simile limitazione si è espresso il professor Philipp Thormann, di Berna.⁶⁴ Per finire, la commissione d'esperti ha favorito la tesi secondo cui questa limitazione sarebbe stata necessaria per evitare una «penalizzazione eccessiva»: «Si elle [la restriction] est biffée, l'article pourra devenir une application plus fréquente, mais alors il frappera surtout des personnes qui ont agi par des mobiles loyaux et honorables, les hommes, par exemple qui auront par amitié facilité le suicide d'un camarade perdu d'honneur.»⁶⁵

Al riguardo, va citata anche la posizione dell'illustre penalista Ernst Hafter, che perorava la causa della fondamentale punibilità della partecipazione al suicidio: sostenendo che colui che presta assistenza al suicidio, crea le condizioni per la distruzione della vita altrui e che quindi un simile atto va sanzionato.⁶⁶ Sempre secondo Hafter, andrebbe tuttavia punito unicamente il gesto mosso da «motivi egoistici», ed esonerata l'assistenza al suicidio non dettata da simili motivi, in quanto sarebbe contrario alla sensibilità umana punire colui che aiuta a morire un amico disonorato dinnanzi agli occhi del mondo da un delitto e distrutto nell'esistenza, procurandogli il mezzo per farla finita, indipendentemente dal fatto che si tratti nel singolo caso di aiuto o di istigazione. Sarebbe contrario alla giustizia, punire colui che conforta e aiuta a un malato incurabile deciso a farla finita, porgendogli gli strumenti necessari che gli consentono di darsi la morte.⁶⁷

⁶¹ I Cantoni di Sciaffusa, Ticino, Berna, Friburgo e Neuchâtel prevedevano forme di punibilità per la partecipazione al suicidio.

⁶² Articolo 52 «Wer jemanden vorsätzlich zum Selbstmord bestimmt oder ihm dazu Hilfe leistet, wird mit Gefängnis von drei Monaten bis zu einem Jahr bestraft.»

⁶³ «Car s'il n'en était pas fait mention expresse, ces actes échapperaient à toute peine, le suicide n'étant pas un délit, de sorte que l'assistance et l'incitation au suicide ne sauraient être, à défaut d'une disposition expresse, envisagées comme des actes de complicité dans un délit.» Codice penale svizzero. Verbale della seconda commissione d'esperti Per i cenni storici, cfr anche A. Pedrazzini, L'omicidio del consenziente ed il suicidio nel diritto contemporaneo: con particolare riguardo al Codice penale svizzero (tesi Berna), Locarno 1949.

⁶⁴ Motivato tra l'altro dal fatto che in molti casi sarebbe estremamente difficile appurare i motivi che hanno spinto l'autore a incitare un terzo al suicidio; verbale della seconda commissione d'esperti, pag. 171

⁶⁵ Se [la restrizione] è eliminata, l'articolo potrà trovare applicazione più frequente, ma in tal caso colpirà prevalentemente persone che hanno agito per motivi leali e onorevoli, come per esempio gli uomini che per amicizia faciliteranno il suicidio di amici che hanno perso l'onore; così sosteneva il Consigliere di Stato neocastellano Albert Calame; cfr. Verbale della seconda commissione d'esperti, pag. 172 [libera traduzione].

⁶⁶ Cfr. Hafter, Codice penale svizzero pag. 26.

Per formulare il suo progetto del 1918, il Consiglio federale parte da questa argomentazione. L'articolo 102 del suo progetto recita: 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 Consiglio federale commenta queste disposizioni sostenendo che l'incitazione e l'assistenza al suicidio possono essere mosse da motivi altruisti. Pertanto sono condannate unicamente l'istigazione e l'aiuto al suicidio per motivi egoistici, come l'istigazione al suicidio di una persona che l'autore deve sostenere o di cui spera di ottenere l'eredità.⁶⁸

Il progetto di norma speciale in materia di istigazione e aiuto al suicidio sarà poi adottato sotto forma di articolo 115 del Codice penale svizzero. Nei dibattiti parlamentari sul nuovo Codice penale svizzero questa norma non suscitò particolari discussioni, diversamente da altre tematiche, come l'aborto⁶⁹.

b) Concezione e interpretazione

L'articolo 115 CP si presenta come la via di mezzo tra due soluzioni «estreme»: l'assoluta impunità e la punibilità sotto condizione. Si tratta di un compromesso, che riconosce fundamentalmente la punibilità dell'aiuto al suicidio, limitandola tuttavia ai gesti dettati da motivi egoistici, ciò che equivale a una limitazione delle norme generali della partecipazione (art. 26 CP).

Come evocato al capitolo I. 1, si distinguono i seguenti elementi:⁷⁰

Elementi obiettivi: l'effettiva esistenza di suicidio costituisce il primo e importante elemento. Il diretto interessato provoca da solo e intenzionalmente la propria morte (padronanza dell'atto). Diversamente, se è qualcun altro a gestire l'atto di morte (per esempio se una persona sottopone la vittima a maltrattamenti tali da spingerla a togliersi la vita o se le inietta una sostanza letale) non si tratta di suicidio, ma di omicidio intenzionale (perseguibile ai sensi degli artt. 111-114 CP). L'«istigazione» (ai sensi dell'art. 24 CP) o dell'aiuto (= complicità ai sensi dell'art. 25 CP) sono punibili soltanto se il suicidio è stato consumato o almeno tentato.

Elementi soggettivi: l'elemento soggettivo presuppone l'intenzione di spingere una persona al suicidio o di aiutarla a commettere l'atto. Secondo la dottrina dominante, contribuire a un gesto per negligenza non è invece punibile.⁷¹ Chi partecipa all'atto di suicidio deve inoltre agire per «motivi egoistici».

Le difficoltà dell'interpretazione emergono in particolare in merito alle seguenti problematiche:

⁶⁷ Idem, Anstiftung und Beihilfe zum Selbstmord, in: Monatsschrift für Kriminalpsychologie und Strafrechtsreform 8 (1912), pagg. 398-399. «Es widerstrebt einem feineren menschlichen Empfinden, den Freund zu strafen, der dem vor der Welt durch ein Verbrechen ehrlos gewordenen, in seiner Existenz vernichteten Freund das Mittel zum Selbstmord verschafft, gleichgültig ob im einzelnen Fall Anstiftung oder Beihilfe vorliegt. Es widerstrebt der Gerechtigkeit, den Gehilfen zu strafen, der einen unrettbar Kranken, zum Tod Entschlossenen in seinem Entschluss, sich selbst den Tod zu geben, bestärkt und ihm die Mittel dazu in die Hand gibt.»

⁶⁸ Botschaft des Bundesrates an die Bundesversammlung zum Entwurf eines Schweizerischen Strafgesetzbuches, del 23 luglio 1918, FF 1918 IV (t), pag. 32 [libera traduzione].

⁶⁹ Cfr. Bollettino stenografico, Consiglio nazionale 39, 1929, pagg. 1-22; Bollettino stenografico. Consiglio degli Stati, 1931, pagg. 481-484.

⁷⁰ Cfr. in particolare M. Schubarth, Kommentar zum schweizerischen Strafrecht: Schweizerisches Strafgesetzbuch. Besonderer Teil, Vol. 1. Bern 1982, N 12-41 zu Art. 115; J. Rehberg/N. Schmid/A. Donatsch, Strafrecht III, Zürich 82003, pagg. 14-16; M. Steinmann, Art. 115 StGB als schweizerische Besonderheit, in: J.-B. Ackermann (ed.), Strafrecht als Herausforderung: zur Emeritierung von Professor Niklaus Schmid, Zürich 1999, pagg. 339-343; G. Stratenwerth/G. Jenny, Schweizerisches Strafrecht. Besonderer Teil I, Bern 62003, pagg. 38-42.

⁷¹ Cfr. Stratenwerth/Jenny, Schweizerisches Strafrecht, pag. 41.

Discernimento: conditio sine qua non per l'applicazione dell'articolo 115 CP è la capacità del diretto interessato di riconoscere il significato del suo progetto e di agire di conseguenza.⁷² Diversamente, le persone coinvolte in questo gesto possono essere ritenute colpevoli di omicidio ai sensi dell'articolo 111 CP segg. L'idea del suicidio libero e ponderato, specialmente nel caso di malattie o crisi psichiche palesi appare quantomeno opinabile. Tuttavia, nonostante l'esistenza di una patologia psichica, l'articolo 115 CP può trovare applicazione, se la persona intenzionata a farla finita è lucida anche solo per un attimo (*lucidum intervallum*).⁷³ Trattandosi di bambini, si parte dall'idea che la decisione non sia frutto di una libera formazione della volontà e questa soluzione andrebbe applicata anche agli adolescenti⁷⁴. Nel singolo caso vanno chiarite le circostanze concrete del suicidio o del tentato suicidio. Di per sé, l'atto di suicidio non è un motivo sufficiente per escludere la capacità di discernimento di chi l'ha commesso⁷⁵.

Mancato impedimento di un suicidio: in questo caso, si tratta di stabilire la punibilità del garante (per esempio il marito o il medico) che non impedisce alla persona con intenzioni suicide di togliersi la vita. Ci si chiede se esista l'obbligo di salvare una persona con intenzioni suicide, per lo meno dal momento essa perde il controllo delle sue azioni (per es. stato d'incoscienza). Secondo l'opinione che sembra prevalere, la punibilità è data solo se il mancato impedimento di un suicidio è mosso da motivi egoistici (art. 115 CP). Secondo Stratenwerth/Jenny, la cui argomentazione risulta convincente, se si decidesse diversamente, il marito di una donna gravemente malata sarebbe autorizzato a procurarle le sostanze letali, a patto che non agisca per motivi egoistici (cfr. art. 115 CP), ma per il suo ruolo di garante dell'unione coniugale dovrebbe impedire che sua moglie ne faccia uso.⁷⁶

Motivo: l'esistenza di «motivi egoistici» ai sensi dell'articolo 115 CP non presuppone forzatamente il perseguimento di un vantaggio materiale. Occorre invece partire da una nozione più ampia, che include anche il desiderio di soddisfare bisogni di natura affettiva, come l'odio, la sete di vendetta o la cattiveria. Proprio per questo il testo di legge evita di utilizzare l'espressione «per fine di lucro», che ricorre invece in altri articoli del Codice penale. Affinché il gesto sia punibile basta l'esistenza di un motivo egoistico. In questo senso, la versione francese dell'articolo 115 CP («*Celui qui, poussé par un mobile égoïste [...]*») è più precisa della formulazione italiana o tedesca («*Wer aus selbstsüchtigen Beweggründen [...]*»; «*Chiunque per motivi egoistici [...]*»)⁷⁷. L'indifferenza totale non è penalmente perseguibile. La teoria secondo cui per rimanere impunito l'autore deve aver agito per motivi onorevoli e altruisti è ormai superata.⁷⁸

c) La partecipazione al suicidio nel contesto medico

Esaminando la genesi dell'articolo 115 CP, ci si rende conto che gli aspetti medici del suicidio assistito non sono mai stati un argomento di discussione. Il dibattito giuridico si è focalizzato prevalentemente sulla complessa correlazione tra l'impunibilità del suicidio, la (parziale) punibilità dell'aiuto e dell'istigazione al suicidio, mentre, come emerge dalla lettura della rispettiva documentazione (verbali delle

⁷² Cfr. a questo proposito F. Riklin, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe: zum Stand der Reformdiskussion in der Schweiz, in: A. Holderegger (ed.), Das medizinisch assistierte Sterben, pagg. 322–344, spec. 333–334.

⁷³ Cfr. Stratenwerth/Jenny, Schweizerisches Strafrecht, pag. 40.

⁷⁴ Cfr. Schubarth, Kommentar zum schweizerischen Strafrecht, pag. 112.

⁷⁵ Cfr. Riklin, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe, pag. 334.

⁷⁶ Cfr. Stratenwerth/Jenny, Schweizerisches Strafrecht, pag. 40. («*Sonst dürfte der Ehemann seiner schwer leidenden Frau zwar die Mittel zum Suizid verschaffen, wenn er nicht selbstsüchtig handelt, so dass Art. 115 ausscheidet, müsste aber, wegen seiner Garantienpflicht aus ehelicher Lebensgemeinschaft, verhindern, dass sie davon Gebrauch macht!*»).

⁷⁷ Cfr. Steinmann, Art. 115 StGB als schweizerische Besonderheit, pag. 341 segg.

⁷⁸ Cfr. Hafter, Schweizerisches Strafrecht, pag. 27. Cfr. anche François Clerc, Cours élémentaires sur le code pénal suisse. Partie spéciale, vol. 1, artt. 11–186 CP, Lausanne 1943, pag. 29.

commissioni di esperti, deliberazioni parlamentari, Messaggio del Consiglio federale) non è mai stata affrontata la questione specifica del suicidio medicalmente assistito.⁷⁹

Il mancato approfondimento degli aspetti medici non è stato assolutamente sintomatico dell'intero dibattito giuridico. Infatti, questi aspetti sono stati affrontati per esempio riguardo all'omicidio su richiesta della vittima, disciplinato dall'articolo 114 CP. Già Carl Stoos aveva rammentato l'importanza dei retroscena medici di questa disposizione penale, menzionando come esempio di «motivo onorevole» il caso del medico che su richiesta di un malato terminale gli somministra una forte dose di morfina per alleviargli i dolori.⁸⁰

Il dibattito giuridico sull'articolo 115 CP non riflette tanto la realtà medica, quanto la mentalità tipica del Diciannovesimo secolo. A questo riguardo è significativo il ricorso a immagini romantiche appartenenti a un «altra epoca». Per esempio, per illustrare la problematica del suicidio nel suo Messaggio del 1918, il Consiglio federale ricorre al caso «classico» degli amanti infelici.⁸¹ Il riferimento alla teoria dell'eugenetica e dell'«igiene della razza», affermata nel corso del Diciannovesimo secolo in alcune cerchie della medicina e della psichiatria non sembra confermarsi nell'ambito del dibattito giuridico sulla partecipazione al suicidio. Come già evocato poc'anzi, a differenza di altri ambiti della normativa penale, che non furono risparmiati da elucubrazioni pseudo scientifiche dettate dalla teoria eugenetica e dell'igiene della razza, in questo ambito la discussione non si è indirizzata verso paradigmi biomedici.⁸²

I progressi della medicina moderna sollevano nuovi quesiti riguardo al suicidio e all'eutanasia. A stabilire le condizioni quadro per la valutazione giuridica del suicidio medicalmente assistito sono l'obiettivo e il senso della norma legale (*ratio legis*). L'attuale dibattito di diritto penale ruota attorno ai seguenti aspetti:⁸³

Eutanasia attiva: l'omicidio mirato di un paziente (eutanasia attiva diretta) è punibile ai sensi dell'articolo 111 segg. CP, anche se il morente ha dato il suo consenso. Se un medico «cagiona la morte di una persona a sua seria e insistente richiesta» soggiace a una pena meno severa, a condizione che abbia agito «per motivi onorevoli» (art. 114 CP). Il medico che, per alleviare le sofferenze del malato terminale gli somministra sostanze che per effetto secondario potrebbero abbreviarne la vita (eutanasia attiva indiretta), in base alla prassi dominante rimane impunito, a condizione che il paziente abbia dato il proprio consenso. In simili casi esiste un dolo eventuale di omicidio, la cui impunità presuppone la possibilità di giustificare questo atto. Nella dottrina giuridica ci si richiama tra l'altro al rischio autorizzato, al dovere professionale del medico (art. 32 CP) o allo stato di necessità (o alla collisione dei doveri). Nel caso in cui il medico si limiti a fornire i mezzi

⁷⁹ In questo senso trova conferma la tesi di S. A. Hurst e A. Mauron, Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians, in: *BMJ* 326 (Febbraio 2003), pag. 271.

⁸⁰ Cfr. Stoos, Schweizerisches Strafgesetzbuch, pag. 26. «Ein Arzt gibt einem Todkranken auf seine Bitte eine starke Dosis Morphium, um ihn von den Schmerzen zu erlösen [...]»

⁸¹ FF 1918 IV, pag. 32 (t).

⁸² A titolo d'esempio riportiamo il seguente commento, riferito alla questione dell'aborto: Perizia dell'ufficio cantonale della sanità di Basilea Città, cit. in: E. Zürcher: Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafgesetzbuches. Vierte Fortsetzung 1912-1923, Bern 1924, pag. 66 «Straflosigkeit des künstlichen Aborts aus rassenhygienischer Indikation in besonderen Fällen, falls aus der Beschaffenheit der Erzeuger (Idioten, Träger erblicher Krankheiten), nach dem Befund einer amtlichen Kommission die Minderwertigkeit des Nachwuchses von vornherein mit grösster Wahrscheinlichkeit erwartet werden muss [...]» (nel caso concreto [proponiamo] l'impunità dell'aborto artificiale per ragioni di igiene della razza se, secondo l'analisi di una commissione ufficiale competente in materia, le caratteristiche del padre biologico (portatore di malattie mentali o ereditarie) rischia di provocare con grande probabilità l'inferiorità del nascituro) [libera traduzione].

⁸³ Per una discussione approfondita cfr. A. Donatsch, Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: M. Mettner (ed.): *Wie menschenwürdig sterben?: Zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich 2000, pagg. 126-131; A. Riklin, Die strafrechtliche Regelung der Sterbehilfe, pagg. 322-335; K. Seelmann: *Sterbehilfe, Die Rechtslage in der Schweiz*, in: Brudermüller/Marx/Schüttauf (ed.), *Suizid und Sterbehilfe*, pagg. 135-146.

adatti al suicida responsabile dei propri atti, non è punibile, a meno che non sia mosso da motivi egoistici (art. 115 CP).

Eutanasia passiva: l'eutanasia presuppone la rinuncia del medico a terapie finalizzate a prolungare la vita (per es. rianimazione, antibiotici, somministrazione di sostanze nutrienti). A determinate condizioni, l'eutanasia passiva è ammessa. Il motivo addotto è l'impossibilità di pretendere che un medico prolunghi una vita che si sta spegnendo fino al limite delle possibilità tecniche, quando un simile accanimento è contrario innanzitutto agli interessi del diretto interessato.⁸⁴ Se l'interruzione del trattamento medico risponde all'esplicito desiderio del paziente, la punibilità è esclusa, a condizione che il diretto interessato abbia deciso di propria iniziativa e senza pressioni esterne. Qualora il paziente non sia più in grado di esprimere la propria volontà, perché incosciente o affetto da malattia cerebrale degenerativa, dovrebbero essere vincolanti le disposizioni (per es. testamento biologico) lasciate quando era ancora capace di discernimento. In assenza di simili disposizioni, il medico è tenuto a prendere in considerazione la volontà presunta del paziente. In tal caso, è auspicabile consultare i parenti o il personale curante.

Prevenzione del suicidio: secondo la dottrina dominante, il garante (il medico o un'altra persona addetta alle cure) deve rispettare la volontà della persona intenzionata a togliersi la vita. È quindi tenuto a impedirne il suicidio quando la capacità del paziente di decidere liberamente e responsabilmente è perlomeno discutibile. Nella fattispecie vanno esaminate le circostanze concrete (situazione personale, età, stato di salute, contesto sociale, prospettive di vita, ecc.).⁸⁵

II.7 L'attuale dibattito (1970-2004) sull'articolo 115 CP

Il dibattito sulla problematica della morte provocata (eutanasia o suicidio assistito) è collegato anche con gli altri dibattiti sulle disposizioni dei pazienti, sui progressi dei trattamenti intensivi, e sulla nozione di accanimento terapeutico.⁸⁶

L'evoluzione della medicina intensiva risale agli anni Sessanta. È una tappa significativa nella storia della medicina, che solleva una serie di domande correlate tra loro. Consentendo una sopravvivenza sempre più lunga nel corso degli anni a pazienti che in passato sarebbero stati condannati a morire entro breve tempo, i reparti di cure intense (detti anche centri di rianimazione, quindi etimologicamente finalizzati a «infondere nuovamente l'anima» nel paziente o a «risuscitarlo») sollevano la questione dei limiti della medicina. Obiettivo delle terapie di salvaguardia della vita è di stabilizzare lo stato del paziente in condizioni critiche, per proseguire il trattamento teso alla sua guarigione. È tuttavia difficile stabilire dove sia il limite tra questi provvedimenti e l'accanimento terapeutico. Purtroppo, in molti casi i pazienti non sono in grado di esprimere la volontà di proseguire o di interrompere cure che si dimostrano ormai inutili. Le disposizioni del paziente (quando è ancora capace di discernimento) sono quindi tanto più preziose, in quanto gli consentono di esprimere la propria volontà nel caso in cui successivamente non sia più in grado di farlo.

Negli anni 1970, sia il corpo medico che l'opinione pubblica cominciarono a rendersi conto di questa problematica. La maggior parte delle cliniche svizzere era stata dotata di reparti di medicina intensiva altamente specializzati, dove veniva-

⁸⁴ Cfr. Stratenwerth/Jenny, Schweizerisches Strafrecht, pag. 24.

⁸⁵ Riguardo al conflitto tra interessi statali e il rispetto dell'autonomia, cfr. A. Bondolfi, Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme, in: Ethik in der Medizin 12/4 (2000), pagg. 262-268. Cfr. anche M. Bahro/J. Strnad, Beihilfe zum Suizid bei psychisch Kranken – eine Form aktiver Sterbehilfe: eine bedrückend aktuelle Diskussion in der Psychiatrie, in: Ethik in der Medizin (2000), pagg. 257-261.

⁸⁶ Cfr. R. Baumann-Hölzle et al. (ed.), Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin, Bern 2005.

no ricoverati pazienti in situazioni estremamente gravi, che però non erano necessariamente in procinto di morire. Questo ricovero indistinto dei pazienti ha creato situazioni difficili da gestire e il corpo medico si è visto costretto a fissare determinati criteri comportamentali.

Nel 1976, la Commissione centrale di etica dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) ha emanato le prime direttive sull'eutanasia, rielaborate nel 1981 (il concetto di eutanasia, che a quel tempo in Svizzera non aveva connotazioni negative, si riferiva a tutta una serie di misure volte ad alleviare la sofferenza nel momento del trapasso). Queste direttive affrontavano inoltre per la prima volta esplicitamente la tematica del testamento biologico.

In un primo tempo, questo aspetto aveva suscitato lo scetticismo del corpo medico, non solo per ragioni morali, ma anche perché il principio stesso delle volontà del paziente evocato dalle direttive sembrava limitare la libertà del medico nelle valutazioni di natura clinica. I dubbi iniziali si sono però rapidamente affievoliti e i medici hanno iniziato ad appoggiare il principio dell'obbligo di diligenza menzionato nelle direttive. Nel suo Codice deontologico, la Federazione dei medici svizzeri (FMH) riconosce indirettamente – rimandando alle Direttive dell'ASSM (direttive medico-etiche sull'assistenza dei pazienti in fin di vita o affetti da gravi lesioni cerebrali, punto 3.4) – la possibilità delle disposizioni del paziente.⁸⁷

Testi analoghi sono stati redatti da altre organizzazioni sociali o ecclesiastiche, come Caritas Svizzera. Nel 1992, l'Istituto di etica sociale della Federazione delle Chiese protestanti svizzere (FEPS) ha approntato un elenco di questi testi.⁸⁸

Con il senno di poi, oggi si ammette che la reazione del corpo medico e delle associazioni di assistenza al suicidio era condizionata da una raccomandazione commissionata dall'associazione Exit al giurista Max Keller sullo statuto della disposizione del paziente. In quella raccomandazione, il giurista aveva concluso che il medico curante avrebbe dovuto considerare simili disposizioni direttamente applicabili. Di riflesso, l'ASSM ha affidato una controperizia a due altri giuristi, i professori Guinand e Guillod. I risultati di questo secondo esame, non forzatamente in contraddizione con quelli dell'Associazione Exit, hanno evidenziato la legittimità delle richieste contenute nelle disposizioni dei pazienti. Nell'intento di considerare queste richieste, l'Accademia ha proposto un'interpretazione più aperta dell'importanza del testamento biologico, anche se il Direttore di allora dell'Ufficio federale di giustizia aveva negato fino a quel punto il significato giuridico di tali documenti.⁸⁹

Nel 1995, queste direttive sono state nuovamente rivedute e il passaggio relativo alle disposizioni dei pazienti riformulato. Per meglio precisare la sua posizione, l'Accademia ha insistito sul significato di questi documenti riguardo all'azione del medico, e ne ha limitato nel contempo la portata definendone le condizioni di applicazione. Il testamento biologico con il quale il paziente chiede l'aiuto attivo del medico nel suicidio o l'omicidio su richiesta è dichiarato inammissibile. Secondo le direttive dell'ASSM, qualora un medico sia confrontato con una disposizione redatta dal paziente quando era ancora capace di discernere, deve attenersi. Tuttavia, non possono essere prese in considerazione le richieste che esigono dal medico un comportamento illegale o l'interruzione di provvedimenti di salvaguardia della vita benché, per esperienza, lo stato del paziente lasci sperare il ristabilimento della comunicazione sociale e il ritorno della voglia di vivere.⁹⁰

⁸⁷ Cfr. Art. 17 del Codice deontologico FMH (Revisione del 30 aprile 2003), www.fmh.ch

⁸⁸ Cfr. la rispettiva documentazione, *Patientenverfügungen: eine Materialsammlung*, Bern: ISE 1992 (ISE-Texte 1/992).

⁸⁹ Cfr. *Neue Zürcher Zeitung*, 31. 12. 1987, pag. 18.

Negli ultimi anni, in seguito alla crescente attenzione rivolta dall'opinione pubblica all'eutanasia e al suo disciplinamento, il dibattito attorno alla problematica delle disposizioni dei pazienti si è intensificato. Nel 1999, una commissione di esperti istituita dal Dipartimento federale di giustizia e polizia ha stabilito che: qualora la rinuncia al trattamento risponda a un esplicito desiderio del paziente, il medico non può essere perseguibile per questo comportamento perché, secondo un principio giuridico unanimemente riconosciuto, ogni provvedimento medico richiede l'accordo (espreso o presunto) del paziente. Se questo accordo non esiste o è stato chiaramente rifiutato, l'intervento medico va considerato abusivo e pertanto non autorizzato. Lo stesso vale anche per i provvedimenti di salvaguardia della vita.⁹¹

Nel 1994, il Consigliere nazionale Victor Ruffy presentava una mozione dal tenore seguente: «Confrontati alle diverse forme evolutive degradanti delle malattie incurabili, malgrado i mezzi attuali a disposizione per prolungare la vita, sempre più esseri umani desiderano, nella nostra società, avere la possibilità di prendere una parte attiva per concludere la vita in maniera dignitosa. Chiedo quindi al Consiglio federale di sottoporre il disegno per un nuovo articolo 115bis del Codice penale svizzero.»⁹² Diversamente dal passato, il Consiglio federale non ha risposto che una simile mozione contravviene al diritto alla vita, ma ha proposto di trasformare la mozione in postulato (cioè di conferirle una forma meno vincolante). Nel 1996, il Consiglio nazionale ha approvato questa proposta. Nel 1997, il Dipartimento federale di giustizia e polizia ha incaricato un gruppo di lavoro di analizzare la situazione e di formulare delle proposte. Nel marzo 1999 il gruppo di lavoro ha presentato un rapporto dal titolo «Sterbehilfe» (Eutanasia, d/f).⁹³

I seguenti punti hanno raccolto l'unanimità in seno al gruppo di lavoro: le risorse della medicina palliativa non vanno solo promosse, ma sfruttate interamente, garantendo nel contempo il diritto alla rinuncia ai provvedimenti di salvaguardia della vita. L'eutanasia passiva e l'eutanasia attiva indiretta non dovrebbero essere solo ammesse, ma la loro prassi andrebbe disciplinata formalmente in un testo di legge; il gruppo di lavoro ha però rinunciato ad elaborare una proposta concreta in tal senso. I costi delle cure mediche non devono assolutamente essere un pretesto o un argomento per legittimare l'eutanasia. La maggioranza del gruppo di lavoro ha chiesto l'introduzione di un nuovo capoverso dell'articolo 114 CP (omicidio su richiesta della vittima) che contempli una clausola d'eccezione, secondo cui: se l'autore cagiona la morte di una persona la cui salute è pregiudicata in modo irreversibile e che si trova in fase terminale, per mettere fine a sofferenze insopportabili e irrimediabili, l'autorità competente rinuncerà a perseguirlo penalmente, a tradurlo in tribunale o a infliggergli una pena.⁹⁴ Una minoranza del gruppo ha respinto questa proposta ritenendola superflua per i casi in cui le cure pal-

⁹⁰ Cfr. Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, Ethisch-medizinische Richtlinien für die ärztliche Betreuung sterbender und zerebral schwerst geschädigter Patienten, in Bollettino dei medici svizzeri 76 (1995), pag. 1226. «Liegt dem Arzt eine Patientenverfügung vor, die der Patient in einem früheren Zeitpunkt als Urteilsfähiger abgefasst hat, so ist diese verbindlich; unbeachtlich sind jedoch Begehren, die dem Arzt ein rechtswidriges Verhalten zumuten oder den Abbruch lebenserhaltender Massnahmen verlangen, obwohl der Zustand des Patienten nach allgemeiner Erfahrung die Wiederkehr der zwischenmenschlichen Kommunikation und das Wiedererstarben des Lebenswillens erwarten lässt.»

⁹¹ Cfr. Sterbehilfe, Bericht der Arbeitsgruppe Sterbehilfe an das Eidg. Justiz- und Polizeidepartement. marzo 1999, pag. 14; in francese e tedesco, scaricabile all'indirizzo <http://www.ofj.admin.ch> (Bundesamt für Justiz, Rubrik Rechtsetzung / Sterbehilfe). «Erfolgt dieser Behandlungsverzicht auf ausdrücklichen Wunsch des Patienten, ist eine Strafbarkeit des Arztes für dieses Verhalten schon deshalb ausgeschlossen, weil – nach einem allgemein anerkannten Rechtsgrundsatz – jede ärztliche Massnahme der (ausdrücklichen oder mutmasslichen) Einwilligung des Patienten bedarf. Fehlt diese bzw. wurde sie ausdrücklich verweigert, ist der ärztliche Eingriff als eigenmächtig und damit als unerlaubt zu qualifizieren. Dies gilt selbst für lebensverlängernde Behandlungsmassnahmen.»

⁹² Bollettino ufficiale CN 1996 362.

⁹³ Cfr. Rapporto del gruppo di lavoro. Marzo 1999

⁹⁴ Idem pag. 35. «Hat der Täter eine in ihrer Gesundheit unheilbar beeinträchtigte, kurz vor dem Tod stehende Person getötet, um sie von unerträglichen und nicht behebaren Leiden zu erlösen, so sieht die zuständige Behörde von der Strafverfolgung, der Überweisung an das Gericht oder der Bestrafung ab.»

liative sono applicate correttamente. Essa rinvia al cosiddetto argomento del «pendio scivoloso» ed evoca i rischi connessi con un allentamento dei divieti morali e penali.

Ripreso dai mezzi di comunicazione e dai partiti politici, il rapporto ha intensificato il dibattito pubblico in atto da alcuni anni. Dal canto suo, il Consiglio federale ha esaminato il rapporto e presentato la sua risposta nel luglio 2000. Pur non riprendendo la proposta della maggioranza del gruppo di lavoro, di fronte all'alternativa dello statu quo si è schierato a favore dell'idea di sfruttare al massimo le possibilità della medicina palliativa. Riguardo all'eutanasia passiva e attiva indiretta, il Consiglio federale sostiene l'introduzione di una norma legale. Ha invece scartato categoricamente la possibilità di una clausola d'eccellenza in caso di omicidio su richiesta della vittima: «Anche se formulata in maniera assai restrittiva, una deroga alla punibilità dell'eutanasia attiva diretta equivarrebbe a un allentamento del divieto di uccidere e costituirebbe una rottura con un tabù profondamente radicato nella nostra cultura cristiana.»⁹⁵ L'opinione dei media era divergente; il dibattito in Parlamento è proseguito sull'onda di due iniziative parlamentari particolarmente incisive. La prima è stata presentata dall'oncologo Franco Cavalli, presidente della Lega svizzera contro il cancro ed esponente del partito socialista, la seconda dalla radicale appenzellese Dorle Vallender. La prima iniziativa chiedeva di recepire le proposte della maggioranza del gruppo di lavoro del Dipartimento federale di giustizia e polizia e di introdurle in una procedura che attribuisse il privilegio dell'impunità unicamente a quei medici a cui i pazienti avrebbero chiesto esplicitamente di mettere fine alla loro vita.⁹⁶ La seconda iniziativa, domandava di precisare l'articolo 115 CP, che prevede l'impunità dell'aiuto al suicidio, a condizione che non sussistano motivi egoistici. La precisazione riguardava la sua applicazione in settori critici, come in psichiatria.⁹⁷

La Commissione degli affari giuridici del Consiglio nazionale ha approvato a maggioranza l'iniziativa Cavalli, mentre ha respinto l'iniziativa Vallender. La Camera bassa ha invece respinto entrambe le iniziative, anche se per motivi diversi e con argomentazioni contrapposte.⁹⁸

Il dibattito in Parlamento è ripreso nel giugno 2004 con l'approvazione da parte degli Stati della mozione intitolata «*Eutanasia e medicina palliativa*» della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG-CS).⁹⁹ La mozione incaricava il Consiglio federale di presentare proposte in vista di un disciplinamento legale dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva e di adottare misure per promuovere la medicina palliativa.

Il 4 luglio 2003, il Dipartimento federale di giustizia e polizia ha incaricato la Commissione nazionale d'etica per la medicina umana (CNE) di esaminare l'intera problematica dell'eutanasia dal punto di vista etico e giuridico e di elaborare entro la primavera 2004 un rapporto e un disegno di disciplinamento giuridico. La Commissione, che aveva già iniziato di propria iniziativa nel 2002 a confrontarsi con la tematica dell'eutanasia e delle decisioni di fine vita (*end-of-life-decisions*), ha proseguito tale lavoro attribuendogli la priorità assoluta. Tuttavia, come menzionato nel capitolo I.2, nel 2004 il nuovo capo del Dipartimento di giustizia e polizia ha esonerato la Commissione nazionale d'etica dal suo incarico.

⁹⁵ Rapporto del Consiglio federale a seguito del Postulato Ruffy, Morte assistita. Complemento al Codice penale svizzero (luglio 2000), pag. 15

⁹⁶ Iniziativa parlamentare «Punibilità dell'eutanasia attiva. Nuove disposizioni», depositata il 27.09.2000 in Consiglio nazionale (00.441)

⁹⁷ Iniziativa parlamentare «Istigazione e aiuto al suicidio. Modifica dell'articolo 115 CP, depositata il 14.03.2001 in Consiglio nazionale (01.407).

⁹⁸ Cfr. Bollettino ufficiale 2001 CN 1835.

⁹⁹ Mozione CAG-CS «Eutanasia e medicina palliativa», depositata l'11.04.03 in Consiglio degli Stati (03.3180); cfr. Bollettino ufficiale 2003 CS 618.

Considerando tuttavia che il 10 marzo 2004 il Consiglio nazionale ha accolto la mozione della CAG-CS¹⁰⁰, il Consiglio federale sarà tenuto ad esaminare le richieste della mozione che riguardano: la necessità di disciplinare l'eutanasia passiva e attiva indiretta, i provvedimenti per il promovimento della medicina palliativa e i problemi del «turismo della morte».

In tempi recenti, Exit e altre associazioni di aiuto al suicidio come Dignitas hanno tentato di estendere la propria prassi in due direzioni, proponendo l'opzione del suicidio assistito anche nelle case per anziani e a persone che, pur non trovandosi a uno stadio terminale in senso stretto, soffrono enormemente della loro situazione sul piano psichico. Questi sviluppi hanno dato adito a varie discussioni. Per esempio la Città di Zurigo, che aveva sempre impedito ai membri di Exit o di associazioni analoghe di prestare assistenza al suicidio negli istituti sociosanitari (case per anziani e case di cura), ha recentemente autorizzato queste pratiche, anche se a severe condizioni.¹⁰¹ Altri Cantoni, in particolare nella Svizzera Romanda, stanno attualmente elaborando normative analoghe che ammettono l'assistenza al suicidio nelle case per anziani, a condizione che queste pratiche non siano pubblicizzate e che gli ospiti non vengano turbati. Il dibattito è in corso e per ora è difficile prevedere quali saranno gli sviluppi nei prossimi anni.

II.8 Situazione giuridica in altri Paesi.

Nella maggior parte dei Paesi europei, in particolare in Austria, Italia, Inghilterra/Galles, Spagna, Portogallo e Polonia l'assistenza al suicidio è punibile. Altri Paesi, come il Belgio, la Scozia, la Svezia o la Francia non dispongono di norme penali specifiche al riguardo, ma per interpretazione delle leggi esistenti giungono allo stesso risultato. Solo alcuni Stati europei, tra cui la Svizzera e i Paesi Bassi, ammettono deroghe attraverso la propria legislazione o la giurisprudenza e autorizzano l'assistenza al suicidio a determinate condizioni. Fuori dall'Europa, solo lo Stato dell'Oregon (Stati Uniti) autorizza l'assistenza al suicidio.¹⁰²

Germania

Il codice penale tedesco non disciplina specificamente la partecipazione al suicidio, la quale è quindi fondamentalmente impunita, a condizione che si tratti semplicemente di un aiuto fornito a una terza persona giunta liberamente alla decisione di farla finita. Nel diritto tedesco manca un equivalente dell'articolo 115 CP.¹⁰³ Tuttavia se il suicida non ha agito di propria iniziativa, a seconda del caso possono essere punite già le circostanze che hanno determinato il gesto suicida. Per esempio, un medico può essere accusato di omicidio per omissione, se rinuncia ad adottare tutte le misure necessarie a salvare la vita di un paziente suicida privo di conoscenza. Comunque, secondo una giurisprudenza della Corte federale, anche in caso di tentato suicidio eseguito con piena responsabilità dell'atto sussiste il dovere di prevenire nella misura del possibile i danni e i rischi. In base a questa prassi, il medico soggiace al dovere d'assistenza, dal momento che il paziente «non è più padrone della situazione» (per es. in caso di dose eccessiva di sonni-

¹⁰⁰ Bollettino ufficiale 2004 CN 266

¹⁰¹ Il dossier è accessibile in lingua tedesca all'indirizzo <http://www.stzh.ch>, alla voce «Sterbehilfe».

¹⁰² Per un quadro generale della situazione in Europa, cfr. l'indagine svolta dal Comitato direttore per la bioetica del Consiglio d'Europa in base a un questionario sulle pratiche in materia di eutanasia. Risposte al questionario per gli Stati membri relativo all'eutanasia (20 gennaio 2003). Consultabile all'indirizzo: <http://www.coe.int>. Per una panoramica a livello mondiale cfr. L. Spinney: Last Rights. New Scientist, 23 aprile 2005, pagg. 46-49.

¹⁰³ Riguardo alla situazione in Germania cfr. K. Ulsenheimer, Ärztliche Sterbehilfe, in: A. Laufs/W. Uhlenbruck/H. Genzel/B.-R. Kern/D. Krauskopf/G. H. Schlund/K. Ulsenheimer (ed.): Handbuch des Arztrechts, München 21999, pagg. 1226/1231 segg.. Cfr. anche il Rapporto sulla situazione giuridica dell'eutanasia in Germania (Die Rechtslage in Deutschland zur Sterbehilfe), edito nel luglio 2002 dal Ministero federale di giustizia tedesco.

feri). Il diritto tedesco punisce in ogni caso l'eutanasia attiva diretta. Fondamentalmente si tratta di omicidio su richiesta della vittima perseguibile in virtù del § 216 del codice penale tedesco.

Paesi Bassi

In virtù dell'articolo 294 del codice penale olandese, l'istigazione o l'assistenza al suicidio, così come il fatto di procurare al suicida i mezzi necessari sono puniti con una pena detentiva fino a tre anni. Pertanto, il suicidio medicalmente assistito è considerato di principio un atto illegale perseguibile penalmente. Tuttavia, negli ultimi anni si è consolidata una pratica giudiziaria, a tenore della quale il suicidio medicalmente assistito può beneficiare dello stato di necessità disculpante ed essere ammesso, a condizione che siano soddisfatti determinati obblighi di diligenza.¹⁰⁴

Questa giurisprudenza è stata inserita nella legge concernente l'esame dell'interruzione della vita su richiesta e l'aiuto al suicidio, entrata in vigore il 1° aprile 2002. Questa normativa, che costituisce una prima a livello europeo sull'argomento, pur continuando a considerare punibili l'eutanasia attiva e l'assistenza al suicidio, depenalizza questi gesti a determinate condizioni. Al riguardo, gli articoli 293 (omicidio su richiesta della vittima) e 294 (istigazione e aiuto al suicidio) del codice penale olandese sono stati completati da uno speciale motivo di non punibilità.

Ai sensi dell'articolo 2 della legge citata, sussiste un motivo di non punibilità in caso di eutanasia o di suicidio assistito solo qualora il medico si sia attenuto ai seguenti criteri di diligenza: a) il paziente ha formulato liberamente la propria intenzione dopo averci riflettuto a lungo; b) lo stato del paziente è senza via d'uscita e i suoi dolori insopportabili; c) il medico ha discusso con il paziente della sua situazione e delle prospettive possibili; d) paziente e medico sono giunti insieme alla conclusione che viste le circostanze non vi sono altre soluzioni; e) il medico ha consultato almeno un altro medico indipendente; f) l'eutanasia o l'assistenza al suicidio è stata applicata con le necessarie precauzioni mediche.

Cinque commissioni regionali di controllo sono incaricate di esaminare ogni caso di eutanasia o di assistenza al suicidio dichiarato. Se la commissione stabilisce che il medico si è attenuto ai citati criteri di diligenza conformemente alla legge, di norma egli non sarà perseguito penalmente.

Belgio

Il diritto penale belga non prevede normative specifiche per l'assistenza al suicidio. Secondo la dottrina giuridica, l'assistenza al suicidio viene generalmente considerata omissione di soccorso a persona in pericolo ai sensi dell'articolo art. 422^{bis} del codice penale belga. Tuttavia, nella pratica non vi sono esempi di condanne di questo genere.¹⁰⁵ Recentemente, il Belgio ha approvato una legge (del 28 maggio 2002) che disciplina e autorizza l'eutanasia. La legge, entrata in vigore il 20 settembre 2002, crea le condizioni quadro giuridiche per la «depenalizzazione» dell'eutanasia eseguita da un medico nel rispetto di determinati criteri di diligenza. Va rammentato che la legge del 2002 si applica unicamente all'eutanasia (intesa come induzione della morte su richiesta della vittima). In teoria, il suicidio assistito resta dunque punibile anche se le disposizioni legali applicabili all'eutanasia sono rispettate. L'eutanasia eseguita su richiesta del paziente non è perseguibile

¹⁰⁴ Riguardo alla situazione giuridica nei Paesi Bassi si veda J. W. Fokkens, *Sterbehilfe im niederländischen Recht*, in: Brudermüller/Marx/Schüttauf (ed.), *Suizid und Sterbehilfe*, pagg. 147-167. Cfr. anche M. Conradi, *Der Arzt an den Grenzen seines Behandlungsauftrags: eine Untersuchung zu Fragen der Sterbehilfe im Zeitalter der Intensivmedizin* (Tesi Magonza), Frankfurt a. M. 2002, pagg. 307-320.

¹⁰⁵ Cfr. H. Nys, *Country Report Belgium*, in: J. Taupitz (ed.), *Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation*, Berlin 2000, pagg. 135-161, spec. pag. 148 segg.

a condizione che il paziente a) al momento della richiesta sia maggiorenne e capace di discernere, b) abbia preso la decisione liberamente, l'abbia ponderata ed espressa ripetutamente, c) presenti un quadro clinico senza speranza e soffra di dolori cronici fisici e psichici insopportabili. Questi principi materiali sono completati e precisati da altri presupposti e prescrizioni procedurali (doveri di informazione e di consultazione, limiti temporali, registrazione, ecc.).

Danimarca

In Danimarca, l'eutanasia è punibile. In virtù dell'articolo 240 del codice penale danese chi commette un simile atto è punito con la multa o con la reclusione¹⁰⁶. Secondo una prassi costante, i tribunali danesi hanno affermato il dovere di prestare assistenza a una persona che ha perso conoscenza in seguito a un tentativo di suicidio. Questo dovere sussiste anche se il suicida ha espresso l'intenzione di farla finita e ha chiesto che la sua decisione fosse rispettata. Diversamente, se dopo un tentativo di suicidio fallito una persona capace di discernimento resta cosciente e rifiuta qualsiasi aiuto, questa sua volontà va tenuta in considerazione. Alle disposizioni penali si aggiunge una serie di leggi e di ordinanze che si riferiscono alla problematica del suicidio medicalmente assistito. Di centrale interesse a tale riguardo è la legge sui diritti del paziente, entrata in vigore il 1° ottobre 1998. Obiettivo di questa legge è la tutela della dignità, dell'integrità e dell'autonomia del paziente, nella quale il concetto di autodeterminazione acquisisce un'importanza centrale. La legge prevede inoltre un registro centrale dei testamenti biologici. Se il medico curante ha intenzione di ricorrere a provvedimenti atti a prolungare la vita di un paziente terminale, deve verificare se questo paziente ha fatto iscrivere nel registro un testamento biologico col quale dichiara la sua volontà a interrompere le cure.

Stati Uniti

In tutti gli Stati Uniti, ad eccezione dell'Oregon, la partecipazione al suicidio è punibile. Nella maggior parte degli Stati, l'assistenza al suicidio è sanzionata da leggi speciali o da disposizioni specifiche di diritto penale. In altri Stati, è la *Common Law* a costituire la base giuridica per la punibilità del suicidio assistito.¹⁰⁷ In diversi Stati (California, Washington, Michigan, Maine, Hawaii e Vermont) le associazioni che rivendicano il diritto di morire hanno tentato invano di ottenere un allentamento di queste disposizioni. In realtà, le condanne per assistenza al suicidio sono rare. In due decisioni del luglio 1997, la Corte Suprema degli Stati Uniti d'America ha stabilito l'inesistenza di un diritto costituzionale al suicidio assistito,¹⁰⁸ affermando tuttavia che i singoli Stati possono decidere di legalizzare o meno l'aiuto al suicidio. La legge vigente nell'Oregon dal 1997 richiede la presenza di due medici ed esclude l'iniezione di sostanze letali.

Gran Bretagna

L'ultimo tentativo di legalizzare la morte assistita in Gran Bretagna risale al 1994. La proposta di legge è però stata respinta. Nel 2003, Lord Joel Joffe membro della Camera dei Lord, ha formulato una nuova proposta: «The Assisted Dying for the Terminally Ill Bill», che autorizza l'eutanasia attiva o l'assistenza al suicidio ai malati terminali. Le reazioni sono state più positive; dopo approfondite verifiche e

¹⁰⁶ Sulla situazione giuridica in Danimarca, cfr. U. Hybel, Country Report Denmark, in: Taupitz (ed.), *Zivilrechtliche Regelungen der Patientenautonomie*, pagg. 491-528, spec. pag. 495; J. Vestergaard: Danemark, Le droit à l'autodétermination, in: Consiglio d'Europa (ed.), *Regard éthique: l'euthanasie*, vol. 2: Perspectives nationales et européennes, Strassbourg 2004, pagg. 27-42.

¹⁰⁷ Sulla situazione giuridica negli Stati Uniti, cfr. A. Nussbaum, Right to die: die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland, Berlin 2000, pagg. 85-94; L. Snyder, États-Unis: euthanasie, suicide assisté et droit de mourir, in: Consiglio d'Europa (ed.), *Regard éthique: l'euthanasie*, Vol. 2, pagg. 111-129.

consultazioni nei Paesi Bassi, nell'Oregon e in Svizzera¹⁰⁹, un comitato della Camera dei Lord ha proposto, nell'aprile 2005, di dibattere in parlamento una versione riveduta del testo¹¹⁰.

II.9 Argomentazioni etiche nel dibattito¹¹¹

a) Pro

Per giustificare la pratica del suicidio medicalmente assistito vengono spesso chiamati in causa tre principi di natura etica: l'autodeterminazione, il «diritto di morire» e il gesto caritatevole.

Il principio dell'autodeterminazione

Alcuni difensori di una «bioetica liberale» riconoscono al paziente in virtù del principio di autonomia e di autodeterminazione il diritto di decidere delle modalità e del momento della propria morte. Dal loro punto di vista, questo diritto di decidere della propria morte giustifica in alcune circostanze il suicidio medicalmente assistito.

I fautori di una «liberalizzazione» del suicidio sostengono inoltre che se oggigiorno il diritto del paziente di rifiutare un trattamento medico è generalmente riconosciuto, non è possibile rifiutare a priori l'aiuto apportato al paziente deciso a togliersi la vita.¹¹² Considerato che il bisogno individuale d'autonomia si trova al centro degli interessi, l'assistenza al suicidio medicalmente assistita può essere moralmente accettata soltanto se questo atto è l'espressione fedele e ultima della volontà del paziente. Pertanto, prima che sia messo in moto il processo letale irreversibile, il paziente può rivedere in qualsiasi momento la sua decisione.¹¹³ Secondo il modello liberale, il fatto che il paziente chieda di farsi assistere nel suicidio non significa che il medico sia «obbligato a collaborare». Diversamente, in un sistema individualistico e pluralistico, il medico dev'essere libero di poter scegliere, ciò che implica il riconoscimento del «diritto di rifiuto».

Una volta riconosciuto il diritto morale a decidere della propria morte, occorre mettere in atto il processo di legalizzazione che sfocia logicamente nella depenalizzazione del suicidio medicalmente assistito.

Il «diritto di morire»

L'idea del «diritto di morire» (right to die) è strettamente associata al principio di autonomia e di autodeterminazione. Il concetto stesso rientra nel processo di soggettivazione, caratteristico del discorso biomedico dell'era (post)moderna: il soggetto moderno fondamentalmente libero nelle sue scelte personali, rivendica il controllo sulla propria vita e sulla propria morte. In questo senso, l'eutanasia e l'aiuto al suicidio sono considerati (eufemisticamente) una consacrazione della libertà umana, intesa come manifestazione del diritto dell'essere umano sul proprio corpo.

¹⁰⁹ Il rapporto è pubblicato all'indirizzo: www.publications.parliament.uk/pa/Id/Idasdy.htm

¹¹⁰ Cfr. Spinney, Last Rights

¹¹¹ Al riguardo esiste un'ampia letteratura. Cfr. tra l'altro N. Aumonier, Évaluation des arguments en présence, in: Consiglio d'Europa (ed.): Regard éthique: l'euthanasie. Vol. 1: Aspects éthiques et humains. Strassburg 2004, pagg. 63–76; H. Doucet, Les promesses du crépuscule, Québec 1998; A. Holderegger, Zur Euthanasie-Diskussion in den USA. Erster Teil, in: Id. (ed.), Das medizinisch assistierte Sterben. Freiburg i.Ue./Freiburg i. Br. 1999, pagg. 121–135; M. Reichlin, L'etica della buona morte, Torino 2000.

¹¹² Su questo punto cfr. Holderegger, Suizid, pagg. 135–136.

¹¹³ In questo senso, cfr. in particolare D. W. Brock, Voluntary active euthanasia, in: Id. (ed.), Life and death: philosophical essays in biomedical ethics, Cambridge 1993, pag. 204.

Al riguardo si pensi al «diritto al suicidio» formulato da Margaret Battin, che considera il suicidio un diritto fondamentale costitutivo della dignità umana. La Battin distingue tra suicidio non violento e improntato su un'immagine ideale di vita e di dignità e tutte le altre forme di suicidio «irrazionale»: soltanto nel primo caso sussiste di per sé un diritto fondamentale che giustifica l'aiuto al suicidio.¹¹⁴

Il principio del gesto caritatevole

Un terzo argomento a favore del suicidio medicalmente assistito riguarda l'obbligo dei medici di non nuocere e di evitare o lenire il dolore per il bene del paziente. In questo contesto sorge la seguente domanda: se l'arte medica non è in grado di migliorare le condizioni di un essere umano e la vita diventa sinonimo di dolore, il principio ippocratico *Primum non nocere* non giustifica il suicidio medicalmente assistito?

I filosofi utilitaristi come Peter Singer, Helga Kuhse o James Rachels ritengono che le decisioni morali di vita e di morte si fondino inevitabilmente sul criterio della «qualità della vita». Secondo la loro teoria, l'etica tradizionale si fonda sulla santità della vita, mentre la «nuova etica» (Singer) poggia unicamente su un livello accettabile di benessere (*well-being*), pertanto, in assenza di quest'ultimo presupposto la vita non avrebbe più senso di essere vissuta.¹¹⁵ Una simile «etica della qualità di vita» si focalizza sull'individuo che prende in mano la propria vita. La persona malata non deve sopportare un'esistenza infelice, quindi se la sua vita non le sembra più degna di essere vissuta, il suo desiderio di farla finita va rispettato.

In questa prospettiva morale è possibile interagire «positivamente» con la morte anche quando il paziente non è in grado di esprimere le proprie preferenze. A quel punto, occorre applicare il criterio della qualità della vita e chiedersi se il prolungamento della vita sia «obiettivamente proficuo» per il paziente. In caso di risposta negativa, il pensiero utilitarista considera l'eutanasia medicalmente assistita fondamentalmente ammissibile.¹¹⁶

b) Contro

Gli oppositori obiettano che l'autonomia, intesa come diritto del paziente di proteggersi o di rifiutare i trattamenti medici, non implica di per sé il diritto di *farsi assistere* nel suicidio. Gli argomenti avanzati contro l'assistenza al suicidio sono fondamentalmente tre: la santità della vita, l'integrità professionale e l'argomento del pendio scivoloso (*slippery slope*).

La santità della vita

Nell'attuale discussione sull'eutanasia e il suicidio medicalmente assistito gli argomenti di natura teologica assumono ampio spazio. Uno di questi è il principio della santità della vita (*sanctity of life*), che a livello teologico conosce svariate interpretazioni. Una prima interpretazione ispirata dal giudaismo si basa sul valore infinito di ogni istante dell'esistenza umana, che implica il dovere del medico di prolungare la vita più che può. Una seconda interpretazione è quella fornita da Papa Giovanni Paolo II, secondo cui il divieto di uccidere in virtù del quinto comandamento va inteso in modo assoluto e permanente. Una terza e ultima interpreta-

¹¹⁴ Cfr. M. Battin, *Suicide: a «fundamental» human right?*, in: Id.: *The least worst death*, Oxford 1994, pagg. 277-288.

¹¹⁵ Cfr. P. Singer, *Leben und Tod: der Zusammenbruch der traditionellen Ethik*, Erlangen 1998.

¹¹⁶ Cfr. Doucet, *Les promesses du crépuscule*, pagg. 126-129.

zione considera che la vita è santa, e cioè non nel senso di un oggetto intoccabile, ma di un bene in relazione con Dio. Difficile, a livello teologico, stabilire se questa interpretazione implichi o meno un divieto dell'eutanasia.¹¹⁷

In tempi recenti, alcuni autori hanno ripreso l'argomento della santità della vita, inserendolo in un contesto secolarizzato. Uno di questi autori è Leon R. Kass, medico e professore all'università di Chicago, secondo cui la santità della vita umana affonda nella dignità della persona. Secondo Kass, l'eutanasia o il suicidio assistito non possono essere giustificati nemmeno con il consenso del diretto interessato, perché intrinsecamente sono atti cattivi.¹¹⁸ Anche il giurista e filosofo anglo-americano Ronald Dworking si riferisce alla teoria della santità della vita, ma – sulla base di un'argomentazione di natura «liberale» – considera l'eutanasia ammissibile a determinate condizioni¹¹⁹.

L'integrità professionale

Secondo questo argomento, l'eutanasia e la partecipazione al suicidio non sono conciliabili con il compito dei medici, in quanto il suicidio assistito è in contrapposizione con il ruolo sociale, morale e professionale del medico. Il suo compito è infatti di guarire, e in quest'ottica il desiderio di farla finita non può prevalere sull'atto curativo, che a sua volta non può trasformarsi in un gesto che porta la morte.¹²⁰

Questo argomento è stato sostenuto dal filosofo Hans Jonas, secondo cui è eticamente inaccettabile che un medico pratici l'eutanasia o assista a un suicidio, portando la morte.¹²¹ A suo avviso, il divieto di ogni forma di eutanasia e di assistenza al suicidio proteggerebbe il medico dal conflitto d'interessi tra il fatto di guarire e di uccidere e consentirebbe al paziente di conservare la fiducia nel proprio medico.

Filosofi come Edmund D. Pellegrino e Kass hanno avviato una profonda riflessione sul ruolo dei medici e il concetto di integrità professionale.¹²² Secondo questa corrente di pensiero, la medicina non è un'attività meramente tecnica e neutrale, fondata su «valori esterni», bensì una professione connotata moralmente, che si definisce in base ai propri valori personali. Il valore intrinseco che dà senso all'attività medica risiede nella guarigione del paziente: a costituire l'essenza della medicina, non sono infatti i desideri o i diritti del paziente, ma il suo bisogno di guarire. Pertanto, il medico che pratica l'eutanasia o che assiste una persona nel suicidio viola i valori fondamentali iscritti nella sua professione.

L'argomento del «pendio scivoloso»

Un terzo argomento contro il suicidio medicalmente assistito poggia sul rischio di una progressiva deriva verso pratiche viepiù inammissibili. Con la metafora del pendio scivoloso ci si riferisce al pericolo che una volta messo in atto, il processo non possa più essere interrotto¹²³. L'argomento del pendio scivoloso contempla due elementi: il primo di natura logico-concettuale, il secondo di natura sociologico-empirica. Secondo il primo elemento, legalizzando l'aiuto al suicidio si sarebbe

¹¹⁷ Idem, pagg. 85-90.

¹¹⁸ Cfr. L. R. Kass, *Death with dignity and the sanctity of life*, in: J. D. Moreno (ed.), *Arguing Eutanasia*, New York 1995, pagg. 211-236.

¹¹⁹ R. Dworkin, *Die Grenzen des Lebens*, Reinbeck b. Hamburg 1994, pagg. 292-330.

¹²⁰ Cfr. Aumonier, *Évaluation des arguments en présence*, pag. 69.

¹²¹ Cfr. H. Jonas, *The right to die*, in: *Hasting Centre Report VIII* (1978), pagg. 31-36.

¹²² Cfr. L. R. Kass, *Toward a More Natural Science*. New York 1985; E. D. Pellegrino, *Humanism and the physician*, Knoxville (Tenn.) 1979.

¹²³ Cfr. Reichlin: *L'etica della buona morte*, pagg. 164-177.

obbligati per coerenza a fare concessioni anche in settori connessi, come nella questione dell'eutanasia attiva. Il secondo elemento evidenzia il rischio di abusi, in particolare di pratiche di eutanasia non volontarie. Questo secondo elemento pone l'accento sulla predisposizione psicosociale dell'essere umano ad accettare pratiche sempre meno rispettose della vita umana¹²⁴ e sul rischio di una crescente pressione sociale a farla finita quando la propria vita diventa un peso per altre persone. La liberalizzazione del suicidio assistito potrebbe spingere la società ad intravedere possibili economie nelle cure che sarebbero necessarie per garantire un'esistenza dignitosa alle persone direttamente toccate.

¹²⁴ Cfr. Doucet , Les promesses du crépuscule, pag. 69.

III. Valutazioni della CNE

Basandosi sulle riflessioni e sulle informazioni presentate nei capitoli I e II, la CNE ha esaminato e discusso dal profilo etico il significato, le implicazioni e i limiti del disciplinamento dell'aiuto al suicidio ai sensi dell'articolo 115 CP. Di seguito sono illustrati gli aspetti maggiormente considerati, alcuni dei quali hanno fornito lo spunto per le raccomandazioni formulate nel capitolo IV.

III. 1 Articolo 115 CP: un margine di libertà

Capire cosa garantisca l'articolo 115 CP al singolo è senz'altro di centrale importanza: si tratta di un «diritto di fornire assistenza al suicidio», di un «diritto morale del malato di farsi assistere nell'atto estremo» o semplicemente di una «comminatoria limitata della pena» senza che sia stabilito di riflesso un diritto? La Commissione ha optato per un'interpretazione moderata: l'articolo 115 CP offre un certo margine di libertà personale nella decisione di fornire assistenza al suicidio senza essere puniti. L'articolo non fornisce invece alcun fondamento legale sufficiente a legittimare dal punto di vista etico il «diritto all'assistenza al suicidio» (sia essa attiva o passiva).

Ci si chiede quindi se l'esistenza di questo margine di libertà sia eticamente *giusta*. Come esposto più avanti nella raccomandazione n. 3, la CNE ritiene che questo margine di libertà sia positivo e vada mantenuto. In considerazione del fatto che esistono direttive etiche per il personale medico, non risulta urgente introdurre nell'articolo 115 CP una precisazione riguardo al suicidio *medicalmente* assistito; nella sua forma attuale l'articolo risulta appropriato.

La posizione della CNE si fonda su diverse ragioni e rispecchia le convinzioni dei singoli membri. Grande importanza viene attribuita all'argomento del rispetto. Pur non sottovalutando l'obbligo di assistenza e la responsabilità reciproca degli esseri umani di impostare le condizioni di vita in modo da evitare che insorga il proposito di suicidarsi (o in modo che sparisca dopo essersi manifestato), non vanno escluse le situazioni nelle quali una persona decida liberamente e ponderatamente di togliersi la vita e voglia farsi assistere da qualcuno nell'esecuzione dell'atto. Ogni singolo caso va valutato separatamente e la decisione, per quanto tragica, esige comprensione e rispetto sia nei confronti di chi decide coscientemente di togliersi la vita sia di chi decide di assisterlo.

Nella suo parere, la CNE parte però dal presupposto che non sia fondamentale il suo dovere esprimersi sulla legittimità etica del suicidio e dell'assistenza al suicidio nel singolo caso, in quanto è soltanto il diretto interessato a poter giudicare la legittimità del proprio atto.

Difendendo il margine di libertà, garantito dall'attuale formulazione dell'articolo 115 CP, la CNE non intende favorire l'assistenza al suicidio ed è ovviamente del parere che il suicidio debba anche essere oggetto di prevenzione.

Consapevole del possibile rischio di abusi e di derive correlato con questa disposizione, la CNE ritiene necessario formulare, al di là del diritto penale, una serie di condizioni che portino i medici, le istituzioni coinvolte e le associazioni di aiuto al suicidio a garantire la ponderatezza del gesto e l'accuratezza delle verifiche.

III. 2 L'ambivalenza etica dell'assistenza al suicidio

L'assistenza al suicidio genera un pesante dilemma di natura morale, che non può essere risolto focalizzando il tutto sulla libertà personale del suicida. Esiste infatti un conflitto tra il rispetto per l'autodeterminazione del singolo e l'obbligo di prestare assistenza alle persone che intendono porre fine alla propria vita. I diretti interessati sono portati a considerare l'autonomia personale intesa come autodeterminazione come la riprova di una vita riuscita, e le restrizioni in tal senso come un ostacolo al loro bene e una mancanza di rispetto. Pertanto, l'autodeterminazione andrebbe tutelata e valorizzata anche quando si tratta di decisioni tese a mettere fine a una vita. D'altro canto, proprio questa determinazione non può essere estraniata da un contesto sociale e biologico, all'esterno del quale la libertà personale e l'autonomia non avrebbero senso. Proprio grazie a un contesto relazionale la morte di qualcuno non ci è indifferente. Si tratta di un dilemma etico che non può essere risolto da un punto di vista teorico.

Questo conflitto spiega però perché la problematica dell'assistenza al suicidio non possa trovare una soluzione generale sul piano morale. Infatti, lo scontro di due libertà personali e l'analisi della loro correlazione risponde sempre a criteri individuali. Per tale ragione, questo genere di assistenza non deve assolutamente diventare una routine o risultare dall'applicazione di una regola basata su condizioni formali. Essa non può essere disciplinata in modo formale né organizzata amministrativamente.

Il dilemma riaffiora a livello istituzionale: infatti, se da un lato basta un momento di disattenzione per trasformare tragicamente un atto di assistenza al suicidio in omicidio, dall'altro vi sono domande di suicidio assistito che non possono essere soddisfatte perché le istituzioni vi si oppongono. Pur non mettendo in discussione l'articolo 115 CP, queste considerazioni dimostrano la necessità di precisare meglio le condizioni di applicazione.

Una decisione individuale nasce da un contesto di vita individuale, ma è pur sempre correlata a un contesto sociale. La decisione individuale e questi contesti si influenzano a vicenda. Proprio per questo è necessario esaminare in che misura le condizioni che scatenano concretamente l'intenzione di farla finita consentono di decidere liberamente. Le possibilità offerte dalle cure palliative sono state esaurite? L'individuo è protetto dalla pressione sociale che lo spinge a non essere di peso alla società e alla famiglia?

Gli aspetti di etica sociale e di etica individuale potrebbero quindi collidere tra loro in svariati modi. Questo si rispecchia anche nel diritto svizzero, che attraverso l'articolo 115 CP accorda un margine di libertà all'individuo e attraverso l'articolo 10 della Costituzione federale affida allo Stato il compito di proteggere l'integrità fisica e psichica di ognuno. Ora occorre valutare in che misura la libertà individuale della decisione sul suicidio assistito possa influenzare il clima sociale e con esso le decisioni di altre persone. I membri della CNE convengono in linea di principio sulla libertà dell'individuo di commettere suicidio, senza che il suo gesto sia condannato sul piano morale dallo Stato secolare e approvano quindi la formulazione dell'articolo 115 CP, mentre esprimono pareri ampiamente discordanti sulle condizioni sociali e individuali e sulla libertà dell'assistenza al suicidio. Queste riflessioni li portano a conclusioni contrastanti circa il disciplinamento del suicidio assistito.

Nell'intenzione di chiedere assistenza nel suicidio possono manifestarsi tre dilemmi di natura etica strutturalmente diversi:

- *a livello di etica individuale*, il dilemma tra la libertà della persona decisa a commettere suicidio e di quella che dovrebbe assisterla;
- *a livello di etica sociale*, il dilemma tra il dovere dello Stato di proteggere l'integrità fisica e psichica dei suoi cittadini e la libertà individuale del suicidante di decidere della propria vita;
- *a livello di etica sociale*, il dilemma tra il dovere dello Stato di proteggere i propri cittadini da pressioni sociali e da condizioni di vita indegne nonché il riconoscimento del diritto alla libertà individuale del suicidante.

III.3 Art. 115 CP nel contesto deontologico della medicina e delle cure

Benché l'articolo 115 CP non sia stato concepito in riferimento all'ambito medico, la sua applicazione in un contesto medicalizzato solleva tutta una serie di problemi di natura etica e deontologica. Da parte nostra, vediamo almeno due ragioni che giustificano una medicalizzazione dell'assistenza al suicidio. La prima riguarda la responsabilità dei medici, nella misura in cui un medicamento letale può essere acquistato in farmacia solo su ricetta medica; la seconda concerne il fatto che nella nostra società i decessi sopraggiungono sempre più spesso in strutture parzialmente o fortemente medicalizzate.

Queste due ragioni creano profondi conflitti di natura deontologica per i medici (e non solo per loro). Il medico che prescrive a un paziente un medicinale finalizzato al suo suicidio deve forzatamente prendere posizione riguardo al giuramento di Ippocrate, di non somministrare a nessuno farmaci letali e, in senso lato, di non fare del male. Questo principio diventa ancora più radicale se al medico non si chiede «unicamente» di prescrivere una ricetta, ma di assistere concretamente a un suicidio.

Se un simile atto coinvolge un membro del corpo medico si pongono tre problemi diversi. *Primo*: dal momento che sono prestate cure mediche o infermieristiche professionali viene messa in discussione la questione etica; *secondo*: spesso i decessi, anche se non sempre, avvengono in contesti specializzati, come cliniche o istituti sociosanitari. Pertanto, anche se non vanno escluse le situazioni in cui al momento dell'atto il paziente non è assistito da alcun membro del corpo medico (suicidio in casa propria), è estremamente probabile che il suicidio sia previsto in un «luogo di cura» (ospedale) o in un «luogo di vita» medicalizzato (casa per anziani o casa di cura). *Terzo*: in caso di aiuto al suicidio in un luogo di cura, come un ospedale, sorgono problemi specifici. Questi luoghi finalizzati tradizionalmente al mantenimento della vita si vedono affidato un compito opposto, che consiste nel fornire assistenza durante un atto di morte. Pertanto, l'aiuto al suicidio in un luogo di cura potrebbe destabilizzare sia i malati che il personale curante e addirittura l'intera società.

Per queste ragioni, la CNE è giunta alla conclusione che è quanto mai necessaria una discussione sui valori professionali dei medici e del personale curante in generale riguardo alla problematica del suicidio assistito. Infatti, la probabilità che un membro delle professioni mediche sia chiamato direttamente o indirettamente a fungere da partner o a prestare assistenza al suicidio è relativamente alta. Se il medico al quale viene chiesto di prescrivere un medicinale letale si trova già confrontato con un dilemma morale, a maggior ragione lo sarà il personale curante al quale verrà chiesto aiuto nell'approntamento di una sostanza letale. La questione morale è ulteriormente rafforzata dalle circostanze tragiche della morte volontaria di una persona alla quale in genere il personale curante si è affezionato.

Problematico risulta anche l'intervento delle associazioni di aiuto al suicidio nelle cliniche, nelle case per anziani o nelle case di cura, che veicolano determinate convinzioni e un certo militantismo che possono scontrarsi con il compito primo dei curanti e con i valori che queste strutture difendono.

III.4 Autodeterminazione e assistenza

Le verifiche volte ad accertare che l'intenzione di farla finita sia ponderata, non sia frutto di un malinteso e sia pertinente rispetto alla situazione obiettiva del suicidante, avviene dal punto di vista dell'assistenza. Pertanto può sorgere un conflitto tra il diritto del paziente all'autodeterminazione e il dovere d'assistenza di chi dovrebbe acconsentire a tale gesto.

L'immagine spesso contrapposta di autodeterminazione e assistenza ha anche origini storiche. L'idea di rispetto dell'autonomia del paziente è un concetto introdotto dai medici nell'ambito della nuova etica medica contro un'assistenza «paternalistica», nel senso negativo del termine, che non tiene conto o tiene conto in maniera insufficiente della volontà del paziente. Detto questo, non va dimenticato che l'autonomia del paziente presuppone anche l'assistenza medica. E solo attraverso questa assistenza il paziente può conoscere i trattamenti e i provvedimenti medici possibili e scegliere quelli che preferisce. L'assistenza medica consiste inoltre nell'aiutare il paziente a collegare le diverse opzioni mediche con la propria concezione della vita e a vagliare le prospettive di vita che gli restano. «Auto»determinazione per il paziente significa contestualizzare le alternative rispetto alla propria situazione e integrarle. Una reale autodeterminazione è possibile unicamente se il paziente non è costretto a prendere decisioni in preda alla paura, al panico o alla disperazione. Anche in questo senso l'autodeterminazione può essere tributaria dell'assistenza.

Sul dovere di assistenza per le persone a rischio di suicidio sussiste un ampio consenso sociale. Questo dovere implica l'obbligo di discutere con il diretto interessato, a condizione che sia capace di discernere, della sua intenzione e delle alternative esistenti. Occorre spiegargli a quale tipo di assistenza medica può sottoporsi nel tempo che gli rimane, tenendo sempre presente l'immagine che il paziente ha della propria situazione e in che modo la percepisce. Ancora una volta, l'autodeterminazione presuppone la conoscenza delle opzioni possibili, riguardo alle quali ognuno è libero di decidere come meglio crede. Visto in quest'ottica, un simile chiarimento non va considerato una forma d'ingerenza paternalistica ma un aiuto all'esercizio dell'autodeterminazione, che va ben oltre il semplice accertamento della capacità di discernimento. Dopo un colloquio con il medico o il personale curante, capita che il proposito suicida svanisca. Le esperienze raccolte, p. es. nelle cliniche geriatriche, dimostrano che questa situazione è molto ricorrente. È proprio questo possibile ripensamento a generare la preoccupazione principale nei confronti del cosiddetto turismo della morte proveniente dall'estero. Eticamente, è difficile giustificare il rifiuto di assistere nel suicidio una persona straniera quando questa pratica è ammessa nei confronti dei propri concittadini. Tuttavia, il problema risiede proprio nel fatto che non è possibile adempiere sufficientemente il dovere di assistenza, quando tra l'arrivo del paziente e l'atto di morte non trascorrono nemmeno 24 ore.

Riassumendo, l'assistenza non va vista unicamente in contrapposizione all'autodeterminazione come suggerisce la formula «paternalismo o autonomia», ma come un presupposto per una reale autodeterminazione. E questo vale anche per il suicidio o l'assistenza al suicidio.

III.5 Possibili criteri etici

a) Perché fissare dei criteri?

Nel contesto elvetico attuale, l'articolo 115 CP ha una portata assai ampia, in quanto non vi sono disposizioni restrittive - ad eccezione dell'assenza di motivi egoistici - che ne circoscrivono il campo d'applicazione. Inoltre, non si tratta di un diritto nei confronti di qualcosa, ma di un diritto ad esercitare la propria libertà. In assenza di criteri chiari che esplicitino il campo d'applicazione dell'articolo 115 CP, oggi il testo di legge trova un'applicazione relativamente arbitraria e poco coerente, sia in un'ottica liberale che restrittiva. Su un fronte vi sono associazioni private che, pur esigendo dal paziente l'adempimento di determinate condizioni (la capacità di discernimento, la serietà e la ponderatezza della richiesta, l'esistenza di una malattia incurabile, di una diagnosi senza via d'uscita e di una sofferenza insopportabile) sono attive in questo ambito, mentre sul fronte opposto vi sono istituzioni che si rifiutano di prendere in considerazione le richieste di pazienti o di ospiti di istituti sociosanitari. La discrepanza tra i due estremi esige chiarimenti.

L'attuale situazione è doppiamente arbitraria: primo perché l'approccio può variare a seconda che il paziente si rivolga a un'istituzione o a un'associazione privata; secondo per le conseguenze, frutto dell'assenza di dibattito democratico sull'introduzione di criteri restrittivi imposti da diverse associazioni. Inoltre, l'esame di questi criteri dimostra che mancano di coerenza e di stabilità. Essi possono infatti variare da un'associazione all'altra e subire modifiche nel corso del tempo in seno alla stessa associazione. Infine, la decisione di prendere in considerazione una domanda di suicidio assistito spetta generalmente a una sola persona, che gode quindi di libertà di giudizio riguardo a questioni d'importanza vitale. Questa libertà è ulteriormente accentuata dall'assenza di un controllo procedurale, che esiste invece in altri Paesi nei quali l'assistenza al suicidio è disciplinata a livello di legge.

A livello dei fatti, chi desidera farsi assistere nel suicidio in Svizzera non ha grandi alternative. Le persone che vivono in strutture soggiacciono al libero apprezzamento della rispettiva direzione, mentre le altre si rivolgeranno a un'associazione di diritto privato. Nel primo caso, il diretto interessato deve augurarsi che la sua domanda venga trattata da un responsabile empatico, nel secondo dovrà corrispondere ai criteri fissati dall'associazione.

Non vanno infine sottovalutati i rischi correlati al modo di funzionare di alcune associazioni di aiuto al suicidio, che possono superare i limiti che loro stesse hanno fissato. Questo rischio sussiste proprio perché queste associazioni non sottostanno ad alcun controllo esterno.

Dato che la situazione non evolve esattamente nel rispetto dei pazienti e dei cittadini, la CNE esige un disciplinamento più preciso delle condizioni d'esecuzione del suicidio assistito.

È un dato di fatto che sulla questione gli istituti di cura perseguono una politica diversa. La CNE chiede maggiore trasparenza da parte delle istituzioni e delle associazioni interessate.

Nel dibattito sull'assistenza al suicidio occorre tenere conto anche dell'aspetto etico-sociale: un clima sociale ostile caratterizzato da pressioni sociali nei confronti di una persona disabile e debole si sviluppa in modo subdolo e difficilmente individuabile. Preoccupa notare che le riflessioni sull'assistenza al suicidio possono essere associate anche a considerazioni di natura finanziaria.¹²⁵ Al riguardo, va ribadito che, per il fatto stesso di esistere, ogni essere umano ha diritto alla dig-

nità e all'autonomia, a prescindere dalle sue reali capacità di autonomia. Ne consegue il dovere morale di trattare e assistere ogni persona nel pieno rispetto di questo diritto, favorendone le capacità d'autonomia. Se le sue condizioni irreversibili non lo consentono, occorre agire secondo la sua volontà presunta.¹²⁶

b) È necessario fissare criteri etici o giuridici?

La formulazione di raccomandazioni etiche rappresenta il vantaggio di potersi riferire nelle disposizioni legali (alcune leggi sanitarie cantonali rimandano per esempio alle direttive medico-etiche dell'ASSM); inoltre le raccomandazioni sono più flessibili e più facilmente adeguabili di una legge. Per i professionisti interessati, le raccomandazioni etiche costituiscono punti di riferimento senza carattere coercitivo di principio: è infatti immaginabile che si possano giustificare deroghe a seconda dei casi.

Lo svantaggio delle direttive etiche risiede invece nell'assenza di sanzioni formali per coloro che le disattendono. In caso di violazione, una norma giuridica consentirebbe di applicare una sanzione immediata e irrevocabile. In un secondo tempo potrebbe essere introdotta una disposizione normativa d'accompagnamento all'articolo 115 CP allo scopo di evitare abusi e di ottenere dati attendibili sulla tematica. È pensabile anche una combinazione dei due livelli, che associ l'obbligo legale di tenere conto dei criteri di diligenza (attraverso la sorveglianza dello Stato) alla formulazione di questi criteri in direttive etiche.

c) Criteri da considerare

Discernimento

L'assistenza al suicidio poggia sulla decisione di un soggetto autonomo. Il diritto traduce l'autonomia decisionale nella nozione di discernimento, che assume quindi una posizione centrale, quando si tratta di vagliare una domanda di assistenza al suicidio.

Secondo lo spirito dell'articolo 16 del Codice Civile (CC) il discernimento non è una caratteristica che si acquisisce una volta per tutte. Ai sensi della legge, ogni adulto è fondamentalmente capace di discernimento; chi sostiene il contrario deve portarne le prove (le ragioni previste dalla legge vanno dalla debolezza mentale all'ebbrezza). Diversamente dalla maggiore età che da diritto all'esercizio dei diritti civili e che si raggiunge in genere al compimento dei 18 anni, la capacità di discernimento è fluttuante e condizionata dalla decisione a cui si riferisce. Per escludere qualsiasi dubbio riguardo alla capacità di discernimento di una persona, due componenti risultano imprescindibili: la componente cognitiva (capacità di valutare le conseguenze della propria decisione) e la componente volitiva (assenza di pressioni di qualsiasi genere da parte di terze persone).

¹²⁵ Cfr. F. Th. Petermann, Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention, Aktuelle juristische Praxis AJP/PJA 9 (2004): pagg. 1111-1136: «In Anbetracht der Tatsache, dass ... durch die Folgen der missglückten Suizidversuche – zurückhaltend geschätzt – Kosten in der Höhe von 2,37 Milliarden Franken entstehen, ist die Suizid-Problematik ein bisher offenbar nicht erkannter Kostenfaktor in unserer Sozial- und Gesundheitspolitik» (Considerando che – in base a una valutazione prudente – i tentativi di suicidio falliti generano costi dell'ordine di 2,37 miliardi di franchi, la problematica del suicidio rappresenta un onere finanziario finora apparentemente ignorato dalla nostra politica sociale e sanitaria.)

¹²⁶ Cfr. R. Baumann-Hölzle, Ethische Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin, in: Leben um jeden Preis? – Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin. (ed. R. Baumann-Hölzle et al.), Bern: Lang 2004, pagg. 117-147.

Sofferenza

Se la sofferenza giustifica la domanda di assistenza al suicidio, essa è un importante criterio di valutazione. Per garantire il benessere fisico e psichico del paziente, dev'essere fatto tutto il possibile (trattamenti medici e attenzione personale). In queste circostanze, le cure palliative assumono un ruolo rilevante, anche se non sempre la sofferenza può essere combattuta con le possibilità offerte da questa disciplina. Importante è altresì distinguere tra dolore e sofferenza: il dolore rientra infatti nella sfera fisica, mentre la sofferenza è più associata a una dimensione morale, mentale, psicosociale, in altri termini spirituale.

Questa precisazione non cela assolutamente l'intenzione di creare discriminazioni tra dolore e sofferenza: s'intende unicamente spiegare che il dolore si può tenere più facilmente sotto controllo con strumenti scientifici, mentre la sofferenza appartiene alla sfera intima e personale della persona. Giudice unico e ultimo della sopportabilità della sofferenza è l'individuo. L'unico margine di manovra del personale curante consiste nel mettere a disposizione le sostanze che leniscano tale sofferenza. Potrebbe sembrare una situazione paradossale, nella quale la sofferenza appare come un presupposto per dare seguito alla richiesta di assistenza al suicidio. In effetti, questa impressione è giustificata. Da un lato, in un contesto medico non è praticamente possibile entrare in materia senza la pressione della sofferenza e, dall'altro, è difficile immaginare chi e in che modo potrebbe mettere in discussione una simile domanda, visto che il paziente è l'unico giudice della sopportabilità della propria sofferenza. In quest'ordine d'idee, occorre menzionare che ogni persona che considera il suicidio l'unica via d'uscita soffre probabilmente sufficientemente da domandare un'assistenza nel suicidio.

Diagnosi di una malattia mortale o gravemente invalidante

Si tratta prevalentemente di situazioni nelle quali sono state esaurite tutte le possibilità di trattamento e che non lasciano più spazio a soluzioni mediche. Per una serie di malattie (per es. malattie cerebrali degenerative) sarebbe ancora possibile intervenire con terapie medicamentose, ma l'inarrestabile perdita dell'autonomia di movimento consente il suicidio solo in un periodo limitato. Vanno rammentati anche i casi di persone capaci di discernere, ma affette da gravissimi handicap, che per disperazione chiedono di mettere fine alla propria vita.

Queste situazioni creano varie difficoltà. In primo luogo si pensi all'incertezza legata alla diagnosi, ma anche alla rappresentazione della malattia che può essere influenzata dalle paure dei familiari e del personale curante.

Nonostante tutto, l'individuo è l'unico che possa davvero giudicare quanto è sopportabile l'attesa della fine. E a lui spetta anche la decisione di considerare o meno le prospettive statistiche su cui si basano le valutazioni del personale curante.

Domicilio

Anche il domicilio del paziente pone problema. La situazione varia a seconda che il suicidante si trovi in un istituto sociosanitario o in un ospedale acuto. Gli ospiti di un istituto sociosanitario vivono generalmente nella struttura, che diventa contemporaneamente luogo di cura e di vita. Diversamente, i pazienti degenti in un ospedale acuto conservano quasi sempre il domicilio privato. Pertanto, l'ospite di un istituto sociosanitario non è generalmente in grado di commettere il suicidio nel luogo dove abita, a meno di ricorrere a soluzioni estremamente sgradevoli come affittare una camera d'albergo o rifugiarsi in un camper, com'è successo in un Cantone della Svizzera romanda. A prima vista, la situazione del paziente degente in

un ospedale acuto sembra più semplice, perché in linea di principio può tornare al proprio domicilio per togliersi la vita. Come vedremo più avanti, questa situazione genera però problemi morali e psicologici di altro genere.

È ovvio che in un istituto sociosanitario o in una clinica il suicidio assistito non è ben visto, per la cattiva immagine che trasmette e per le paure che può sollevare tra gli altri ospiti e pazienti. Qui risiede anche una delle principali sfide del dibattito. È inoltre ancora da dimostrare che tra le mura domestiche i pazienti che dispongono di un domicilio privato ufficiale trovino l'ambiente adatto alla realizzazione del loro progetto.

Se la decisione di esaminare una domanda di suicidio assistito si basasse unicamente sul motivo banale dell'esistenza di un domicilio privato, sarebbe moralmente difficile da giustificare, in quanto, a prescindere dalla già citata ingiustizia, significherebbe che se il paziente ha «la propria casa» l'istituzione si vedrebbe sollevata detto fatto dal fardello della sua richiesta. Attualmente però la situazione in Svizzera si presenta più o meno così e proprio questo è uno dei motivi del disagio dei membri delle professioni mediche. Alcuni considerano questa situazione ingiusta oppure ritengono di abbandonare i malati che hanno in cura in un momento cruciale della loro vita. Questo atteggiamento poco coerente pone i professionisti della salute di fronte a un dilemma di coscienza tra il dovere professionale e il fatto di essere persone alla stessa stregua dei pazienti. In simili casi, gli istituti potrebbero essere tentati di chiedere al personale medico che intende assistere i propri pazienti fino alla fine, di farlo al di fuori del tempo di lavoro e della struttura: si tratta di situazioni reali, che riteniamo moralmente incoerenti.

Tensioni di natura etica o psicologica possono sorgere anche nel caso in cui un ospedale acuto rimandi a casa un paziente in fase terminale che ha chiesto di essere assistito nel suicidio perché le cure palliative non bastano più ad alleviarli i dolori. Queste tensioni possono nascere da parte del paziente che si sente abbandonato dai professionisti che lo stavano curando e con i quali, spesso, ha costruito un rapporto profondo, ma anche da parte del personale che potrebbe avere l'impressione di lasciare il proprio paziente in balia di sé stesso in un momento decisivo della propria vita.

Secondo la CNE, la questione del luogo più adatto al suicidio è tra le più complesse, che richiede una risposta articolata in base a queste considerazioni:

1. La CNE considera che la problematica varia a seconda che si tratti di strutture di lunga degenza o di ospedali acuti.

Strutture di lunga degenza: se un ospite desidera farsi assistere nel suicidio e non dispone di altro domicilio, dovrebbe poter compiere l'atto all'interno della struttura stessa. Fa eccezione il caso di una struttura che accetta soltanto ospiti che al momento dell'ammissione hanno accettato esplicitamente il fatto che la struttura non tollera atti di assistenza al suicidio nei propri spazi. Il regolamento deve specificare chiaramente i valori a cui la struttura si riferisce e indicare esplicitamente se l'assistenza al suicidio è autorizzata o vietata. Il personale delle strutture di lunga degenza non può assolutamente essere obbligato a prestare assistenza ad un suicidio (riserva dell'obiezione di coscienza). Infine, la struttura che permette l'assistenza al suicidio nei propri spazi deve mettere in atto un dispositivo che tuteli la libertà di coscienza di tutte le persone coinvolte (suicidante, personale, persona che assiste) e che garantisca l'intimità (ovvero il segreto) della persona decisa a farla finita.

Ospedali acuti: ogni struttura dovrebbe stabilire chiaramente se accordare o meno ai propri pazienti la possibilità del suicidio assistito ed essere in grado di rendere trasparente la propria decisione. Autorizzando questa prassi, la struttura dovrebbe

be creare anche le condizioni quadro necessarie affinché l'atto di suicidio si svolga sotto le migliori premesse. Anche in questo caso va rispettata la riserva dell'obiezione di coscienza per tutto il personale coinvolto. Se la struttura non entra in materia riguardo a una domanda, dovrebbe offrire al paziente la possibilità di rivolgersi a un'altra struttura che sia in grado di rispondere alla sua richiesta. La situazione può risultare conflittuale negli ospedali pubblici che devono curare assicurati di base che non possono scegliere liberamente a quale struttura rivolgersi.

2. In entrambi i casi, la CNE pone l'accento sull'importanza del fatto che le strutture praticino una politica in materia di suicidio assistito trasparente ed esplicita (sia esso ammesso o vietato) e sul loro dovere di accertare la qualità delle verifiche previste. Questo dovere implica un'eventuale assistenza psicologica successiva alle persone che hanno preso parte a queste pratiche, ma anche il sostegno di persone che non possono esaudire il desiderio di farla finita.

Termine tra la domanda e l'atto o il secondo parere

L'introduzione di un termine tra la domanda e l'esecuzione dell'atto o l'ottenimento di un secondo parere medico serve a verificare l'autenticità della richiesta del candidato al suicidio. È immaginabile che una domanda formulata una volta si riferisca a circostanze che possono mutare. Più difficile risulta invece mettere in dubbio una richiesta reiterata e motivata sull'arco del tempo. Non si tratta assolutamente di contestare la veridicità o la validità della domanda, ma di escludere con la maggiore certezza possibile che derivi semplicemente da una crisi passeggera. Sembra invece difficile, perché troppo arbitrario, fissare un intervallo assoluto tra le diverse domande. Infatti, a seconda della malattia e della sua gravità, ma anche del temperamento e dello stato d'animo del paziente può giustificarsi un termine piuttosto che un altro.

Perizia psichiatrica

Una valutazione psichiatrica può essere utile per riconoscere o escludere una malattia psichica come causa di un proposito di suicidio. Secondo ricerche epidemiologiche, la grande maggioranza dei tentativi di suicidio e dei suicidi consumati si associa a malattie psichiche. Studi longitudinali hanno dimostrato che se trattata correttamente dal profilo psichiatrico o psicoterapeutico, la stragrande maggioranza delle persone affette da disturbi psichici che hanno già tentato di togliersi la vita non muore di suicidio ma di morte naturale.

Se si sospetta che una persona con tendenze suicide soffra di una patologia psichica, si raccomanda di far eseguire un esame psichiatrico da uno specialista o da un medico appositamente formato. Da un punto di vista etico, non va mai prestata assistenza al suicidio se la suicidalità può essere sintomo o manifestazione di una malattia psichica. Più complessa è invece la diagnosi di quelle situazioni, peraltro rare, nelle quali tendono a diminuire i sintomi della malattia psichica ma non i propositi di suicidio. In tal caso sorge lecito chiedersi se sia la stigmatizzazione dei malati psichici nella nostra società ad alimentare la voglia di farla finita o qualche altra emergenza sociale, p. es. di natura finanziaria. Se questi fattori svolgono un ruolo fondamentale nell'idea suicida, risulta indispensabile ridurre i problemi di queste persone o aiutarle a convivere con l'etichetta socialmente pesante di malati psichici. In ogni caso, lo svantaggio sociale dei malati psichici non deve far sì che la rivendicazione di una parità di trattamento formale nel suicidio assistito diventi un pretesto cinico per avviare alla discriminazione sociale di cui sono vittime queste persone.

D'altro canto, non si può vietare con la forza a un malato psichico di togliersi la vita se questa sua volontà, espressa per esempio in un intervallo asintomatico, non è espressione diretta della sua malattia. Oltre ad avere il diritto all'assistenza e al trattamento, i malati psichici capaci di discernimento devono poter decidere della fine della propria vita. Per prima cosa occorre lavorare affinché nella vita quotidiana e nel diritto assicurativo siano trattati alla stessa stregua delle persone affette da patologie fisiche e la loro stigmatizzazione sociale non li spinga a scegliere la morte per sfuggire a una sofferenza di cui si vergognavano.

L'auspicato colloquio tra il suicidante e lo psichiatra o lo psicoterapeuta non deve limitarsi ad una valutazione (assessment) psicopatologica, ma cercare di comprendere la situazione in cui la persona si trova e alleviarne il peso proprio attraverso questa comprensione. Alcune persone con idee suicide si sentono abbandonate alla propria disperazione e vorrebbero trovare interlocutori attenti e privi di preconcetti. Durante il colloquio, è quindi importante non focalizzarsi sulla patologia dell'intento suicida ma avvicinarsi alla situazione di vita del diretto interessato. Affinché un simile incontro possa svolgersi nelle migliori condizioni occorre mettere da parte i pregiudizi o le regole astratte (come il precetto di autonomia o di assistenza) e concentrarsi sul singolo caso. Le sedute più proficue sono quelle durante le quali i suicidanti riescono ad esporre le proprie difficoltà e i propri desideri o ad esternare sentimenti come la vergogna, la disperazione, la rabbia, la tristezza o la rassegnazione.

Un rapporto lungo e profondo

La qualità del rapporto tra il medico e il paziente non dipende dalla sua durata, specialmente se il paziente è anziano. Un rapporto duraturo può essere auspicabile ma non può essere chiesto come principio. Chi soffre di una malattia grave con esito letale consulterà molto probabilmente tutta una serie di specialisti che prima di allora non conosceva. È quindi impensabile esigere che il rapporto tra medico e paziente sia pluriennale. Sarebbe invece estremamente utile che lo specialista e il medico curante si mettessero in contatto il più presto possibile, nell'intento di costruire la fiducia che è la chiave di ogni relazione terapeutica.

La durata del rapporto terapeutico sembra inoltre una condizione necessaria ma non necessariamente sufficiente. Infatti, quello della profondità della relazione è un aspetto altrettanto importante. Può succedere che una relazione tra paziente e terapeuta iniziata da poco sia di una qualità tale da permettere una decisione sull'aiuto al suicidio con piena cognizione di causa.

Sostegno psicologico e formazione farmacologica

Il sostegno psicologico alle persone che assistono un suicidio e la loro formazione tecnico-farmacologica sono elementi complementari. Al momento è difficile stabilire se le associazioni di aiuto al suicidio dispongano di un sostegno sufficiente (debriefing o supervisione esterna) e di una formazione farmacologica adeguata. Tra l'altro, gli studi di medicina di base non prevedono una simile formazione e a tale riguardo vanno profusi notevoli sforzi per colmare le lacune esistenti.

Gli istituti di cura che intendono consentire l'assistenza al suicidio nei propri spazi non possono ignorare le condizioni concrete in cui avvengono queste pratiche. Pur non assumendosi la responsabilità dell'atto di suicidio assistito, dovrebbero proteggere sia i suicidanti che il personale da pratiche incompatibili con la dignità umana. Se una struttura autorizza il suicidio assistito è tenuta a regolare le questioni giuridiche legate alla responsabilità delle parti implicate.

Età

Ad eccezione dei bambini, considerati non capaci di discernimento ai sensi della legge, l'età non può essere considerata un fattore restrittivo dell'articolo 115 CP. Tutt'al più può essere ritenuta un criterio aggiuntivo in caso di richieste ripetute o nel caso in cui sia stata confermata la diagnosi di una malattia con decorso letale. L'esercizio di diritti strettamente personali non dipende dall'età, ma dalla capacità di discernimento della persona. Pertanto non vi sono ragioni di principio per cui l'età dovrebbe svolgere un ruolo decisivo. Più avanti, affronteremo la questione dei minorenni in modo approfondito.

III. 6 Casi particolari

a) Assistenza al suicidio nei confronti di malati psichici

L'assistenza al suicidio nei confronti di persone affette da gravi sofferenze psichiche solleva una problematica specifica, a cui le cerchie psichiatriche reagiscono in modo discordante. Nell'espone i criteri è già stata affrontata questa problematica nelle pagine precedenti. La maggior parte degli psichiatri ritiene inammissibile prendere in considerazione l'aiuto al suicidio per i pazienti affetti da disturbi psichici sostenendo che la richiesta stessa di farla finita è espressione di questo genere di patologie. Altri psichiatri reputano invece che in alcuni pazienti la malattia psichica può causare una sofferenza insormontabile che giustifica l'esame della richiesta.

Pur trattandosi di una tematica che, come testimoniano i numerosi editoriali, commenti e lettere di lettori non lascia certo indifferente la comunità medica, sono pochi gli studi in proposito. Anche se questa problematica dovrebbe interessare tutti gli specialisti di malattie mentali, sembra che coinvolga soprattutto gli psichiatri di liaison e gli psicogeriatrici.¹²⁷ In Svizzera¹²⁸, da uno studio sull'attività di Exit emerge che tra il 1990 e il 2000 il 3 per cento dei suicidi assistiti erano direttamente legati a un disturbo meramente psichico, mentre il 18 per cento delle attività di questa associazione riguardava malati somatici affetti contemporaneamente da gravi problemi psichici.

Tre diverse categorie di malati psichici sono interessate dalla questione dell'assistenza al suicidio:

1. i malati che non soffrono di disturbi somatici significativi e che chiedono di farsi assistere nel suicidio a causa di un grave disturbo psichico;
2. i malati affetti da un serio disturbo psichico, che chiedono di farsi assistere nel suicidio a causa di un grave problema somatico;
3. i pazienti in età geriatrica (psicogeriatrici).

Anche se in alcuni casi i malati di mente possono perdere quasi completamente la propria autonomia, il loro diritto alla dignità, all'autonomia e al godimento dei diritti fondamentali, come tutti gli altri esseri umani, rimane intatto. Sono giuridicamente incapaci di discernere, pertanto nel loro caso l'assistenza al suicidio non può entrare in considerazione.

Commento al punto 1: malati che non soffrono di disturbi somatici significativi e che chiedono di farsi assistere nel suicidio a causa di un grave disturbo psichico

¹²⁷ Cfr. B. Kelly et. al., Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box, in: British Journal of Psychiatry 181 (2002), pag. 278.

¹²⁸ Cfr. Bosshard/Ulrich/Bär, 748 cases of suicide, pag. 310.

Nel 1994, la Corte suprema dei Paesi Bassi ha stabilito che il suicidio assistito era ammesso nel caso di pazienti affetti da sofferenze psichiche, quindi non somatiche, insopportabili. Diversamente dalla Svizzera, nei Paesi Bassi la richiesta di suicidio assistito è ammissibile unicamente se è stata prima approvata da una commissione ad hoc. Affinché una domanda sia accettata da questa istanza, il richiedente deve dimostrare, per esempio nel caso di una depressione, di essersi sottoposto senza successo a un trattamento ritenuto generalmente efficace. L'argomento che nei Paesi Bassi conforta la pratica del suicidio assistito tra i malati psichici è la volontà di non stigmatizzare ulteriormente questa categoria di persone già sufficientemente bollata dalla società. Tuttavia, mediamente viene approvato soltanto il 2 per cento delle richieste di suicidio assistito per ragioni psichiche, contro il 37 per cento di richieste legate a problemi di natura somatica.¹²⁹ Diversamente dalla Svizzera, dove l'assistenza al suicidio è autorizzata al di fuori della sfera medicalizzata, nei Paesi Bassi questa pratica resta vincolata al contesto medico. La metà dei medici olandesi intervistati reputa questa prassi accettabile e una piccola parte di essi ha già assistito un paziente nel suicidio.¹³⁰ Un'analisi dei dati di pochissimi pazienti morti a causa di un suicidio assistito dettato da ragioni psichiche dimostrano che quasi tutti oltre al disturbo psichico soffrivano di gravi problemi somatici. Se si analizzano inoltre le ragioni che spingono una persona depressa a chiedere assistenza nel suicidio sorprende la profondità delle sue motivazioni e nel contempo ci si chiede se sia stato fatto tutto il possibile per lenire la sua sofferenza. Infine, i dati empirici evidenziano che tra i pazienti depressi l'atteggiamento nei confronti del suicidio assistito fluttua molto di più nel corso del tempo che tra i pazienti che prendono in considerazione una simile opzione a causa di problemi puramente fisici.¹³¹

Nel caso in cui la richiesta di suicidio assistito provenga da un paziente affetto da disturbi psichici si raccomanda in genere di non entrare in materia per le seguenti ragioni:

- a. Anche se oggi sono stati compiuti progressi considerevoli nella descrizione e nella conoscenza del substrato biologico delle patologie psichiche, rimane difficile formulare una prognosi attendibile. Nel caso di depressione o psicosi è estremamente arduo prevedere nel singolo caso quali possano essere le reazioni a un trattamento, sia esso di natura farmacologica o psicoterapeutica.¹³² Inoltre, le opinioni di questi malati riguardo al suicidio assistito fluttuano notevolmente.¹³³ Va precisato che le malattie neurodegenerative come l'Alzheimer o la Chorea di Huntington non rientrano necessariamente in questa norma, in quanto il loro decorso neuropsichiatrico è noto e relativamente stereotipato, caratterizzato da una lenta ma inesorabile perdita delle facoltà mentali.
- b. La sofferenza sottopone i malati psichici a una grande pressione. Essi lottano in condizioni difficili contro la propria malattia, sostenuti con convinzione dai loro curanti, nonostante l'assenza a volte di risultati significativi. Un atteggiamento accondiscendente e liberale nei confronti del suicidio assistito potrebbe creare una demotivazione nei terapeuti e una pericolosa rassegnazione nei malati e nel personale curante.¹³⁴
- c. La richiesta di assistenza al suicidio da parte di malati psichici è generalmente espressione o sintomo della malattia stessa ed è quindi difficile escludere definitivamente che sia curabile.

¹²⁹ Cfr. J. Groenewoud et. al., Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands, in: *New England Journal of Medicine* 336 (1997), pag. 1795.

¹³⁰ Idem

¹³¹ Cfr. E. Emanuel et. al., Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers, in: *JAMA* 284 (2000), pag. 2460.

¹³² Cfr. R. Schoevers et. al., Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in Netherlands, in: *Psychiatric Services* 49 (1998), pag. 1475.

¹³³ Emanuel et. Al., Attitudes and desires, pag. 2460.

¹³⁴ Cfr. L. Ganzini et. Al, Psychiatry and assisted suicide in the United States, in: *N Engl J Med* 336 (1997), pag. 1824.

Commento al punto 2: malati affetti da un serio disturbo psichico, che chiedono di farsi assistere nel suicidio a causa di un grave problema somatico

Quando sussistono malattie somatiche incurabili subentrano spesso e comprensibilmente stati depressivi e idee suicide. Mancano però ancora prove scientifiche sul modo in cui le malattie somatiche si ripercuotono sulla psiche.¹³⁵ In genere, l'insorgere di uno stato depressivo per esempio come reazione a un lutto è considerato «normale». Dalla maggior parte delle ricerche emerge che il dolore e in particolare la mancanza di prospettive sono il principale fattore di scoramento dei malati.¹³⁶ Grazie ai progressi compiuti tanto in psichiatria, quanto in biofarmacologia e in psicoterapia sono stati conseguiti importanti successi nell'ambito di queste malattie. Inoltre, anche in questo caso la medicina palliativa svolge un ruolo estremamente importante.

Esistono malati somatici che presentano anche sintomi di disturbi psichici per i quali la domanda di suicidio assistito sia da considerarsi ammissibile? Non esistono soluzioni universali, ma solo decisioni singole per singoli casi.¹³⁷

Commento al punto 3: pazienti in età geriatrica

Le persone anziane presentano due caratteristiche che influenzano potenzialmente l'assistenza al suicidio su richiesta: l'elevata frequenza di comorbidità e di soggetti che vivono in istituti sociosanitari e il cui luogo di domicilio e di cura è quindi identico.

Questi due fattori influenzano in modo essenziale le considerazioni della CNE sul suicidio assistito per le seguenti ragioni:

- a. Il discernimento di questa categoria di persone può essere parziale e fluttuare nel corso del tempo.
- b. Non può essere totalmente escluso il rischio di pressioni economiche, istituzionali o familiari, spesso sottintese o celate, che potrebbero spingere in un certo senso verso il suicidio assistito. Per i familiari, gli istituti di cura o la società stessa potrebbero sussistere «motivi egoistici» secondo i quali sarebbe preferibile fare in modo che il malato passi rapidamente a miglior vita. Simili pressioni sarebbero eticamente riprovevoli. A questo rischio sono esposte anche le persone affette unicamente da malattie fisiche, che tuttavia hanno una capacità di valutazione più realistica della situazione. Diversa è invece la situazione dei malati con gravi disturbi psichici. Grande cautela è necessaria anche nei confronti di persone molto anziane malate e mentalmente confuse che chiedano assistenza nel suicidio. È possibile tuttavia che al momento di prendere questa decisione strettamente personale questi pazienti siano in grado di discernere, in modo che in rari casi si potrebbe considerare o autorizzare il suicidio assistito.

In una prospettiva più ampia, la Commissione si è ripetutamente chiesta se nell'autorizzare un suicidio assistito gli psichiatri debbano assumere la funzione di gatekeeper. Dall'esame dei dati empirici emerge che benché il 64 per cento degli psichiatri britannici ritenga importante che sia uno specialista di questa disciplina a valutare la domanda di suicidio assistito, il 65 per cento di essi non sarebbe d'accordo di svolgere personalmente una simile attività.¹³⁸ Lo stesso vale per i Paesi Bassi, dove circa la metà degli psichiatri interpellati non ha intenzione di assiste-

¹³⁵ Cfr. H. M. Chochinov et al., The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations, in: *Can J Psychiatry* 41 (1996), pag. 315.

¹³⁶ Cfr. B. Rosenfeld, Assisted suicide, depression and the right to die. *Psychol Public Law* 6 (2000), pag. 467.

¹³⁷ Cfr. Kelly et al., *Euthanasia*, pag. 278.

re al suicidio di pazienti affetti da disturbi psichici¹³⁹. Il fatto che gli stessi specialisti non intendano esaminare in quanto esperti le domande di suicidio assistito dimostra che questa pratica pone un dilemma esistenziale di difficile soluzione.

b) Assistenza al suicidio di minorenni?

Nel caso di minorenni, le circostanze che li spingono a chiedere l'assistenza nel suicidio sono praticamente sempre di natura medica. Finora, il problema si poneva unicamente nel caso di minori affetti da malattie incurabili (in genere di natura oncoematologica), che ricorrevano a questa soluzione estrema dopo il fallimento di pesanti trattamenti. È infatti impensabile che la diagnosi di una patologia psichica incurabile possa condurre a una domanda di suicidio assistito, senza che si sia prima proceduto a un'osservazione su più anni, alla fine della quale il minorenne avrebbe raggiunto la maggiore età.

L'assistenza al suicidio di minorenni risulta particolarmente *problematica dal profilo giuridico*. Nel caso di un minorenne, è generalmente il suo rappresentante legale (padre, madre, tutore) che da il consenso a un intervento medico (e in questo contesto il suicidio assistito è equiparabile a un intervento medico). Tuttavia, i genitori non hanno alcun diritto sulla vita e sulla morte del proprio figlio. qualora le decisioni dei rappresentanti legali del paziente minorenne abbiano pesanti conseguenze per lo stesso, il medico può rivolgersi all'autorità tutoria. In casi urgenti il medico è addirittura autorizzato a eseguire l'intervento che giudica indispensabile, se la mancata esecuzione potrebbe mettere a repentaglio la vita del minorenne.

La seconda precisazione riguarda il minorenne capace d'intendere. Secondo Olivier Guillod, nel diritto svizzero la capacità del minorenne di acconsentire al trattamento medico dipende dalla sua capacità di discernimento. In effetti, l'articolo 19 capoverso 2 CC prevede che soltanto i minorenni capaci di discernimento possano «esercitare i diritti inerenti alla loro personalità».¹⁴⁰ Dottrina e giurisprudenza concordano però sul fatto che la capacità di approvare o di rifiutare un intervento medico rientri in questi diritti personali.

Il discernimento è definito dall'articolo 16 CC: «È capace di discernimento, nel senso di questa legge, qualunque persona che non sia priva della facoltà di agire ragionevolmente per effetto della sua età infantile o di infermità o debolezza mentale, di ebbrezza o di uno stato consimile.» Un'importante precisazione a tale riguardo: il discernimento viene sempre espresso in riferimento a una determinata azione, in questo caso il suicidio assistito. Per il resto spetta al medico valutare la capacità di discernimento di una persona. In caso di dubbio circa questo discernimento, uno specialista (quindi un medico, in genere uno psichiatra) deve eseguire i rispettivi accertamenti.

Va rammentato che in Svizzera dal 1° gennaio 1996 la maggiore età civile e matrimoniale si raggiunge al compimento dei 18 anni. In applicazione dell'articolo 13 CC, chi è maggiorenne e capace di discernimento ha l'esercizio dei diritti civili. Di conseguenza, questo individuo maggiorenne è in grado di assumere la responsabilità dei propri atti nei confronti della società. Dato che la maggiore età consente l'esercizio dei diritti civili, la divisione tra discernimento e maggiore età costituisce una peculiarità del diritto svizzero. Pertanto, mentre di un giovane adulto si suppone che sia capace di discernere, chi non ha ancora compiuto i 18 anni deve

¹³⁸ Cfr. H. Shah et al., National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. *Lancet* 352 (1998), pag. 1360.

¹³⁹ Groenewoud et al., Physician-assisted death, pag. 1795.

¹⁴⁰ Cfr. O. Guillod, Le consentement éclairé du patient, Neuchâtel 1986, pagg. 201–257.

dimostrare questa sua capacità. Non si esclude assolutamente che un minorenni sia capace di discernere, ma deve dimostrarlo. Occorre ancora menzionare che ai sensi dell'articolo 303 capoverso 3 CC un giovane che abbia compiuto i 16 anni decide liberamente della propria confessione religiosa senza l'influsso dei genitori.

La capacità di discernimento di minorenni più «vecchi», in genere dai 15 ai 18 anni, non può essere considerata a priori inesistente o trascurabile. Il punto centrale di questa riflessione sta nello stabilire se nelle questioni d'importanza vitale un «minorenni più vecchio» è capace di discernimento – secondo il linguaggio giuridico - o in grado di esercitare la propria autonomia decisionale - secondo il linguaggio corrente.

La problematica del suicidio assistito nei confronti di un minorenni capace di discernimento è molto delicata, essenzialmente perché la maturità di un giovane riguardo a questioni esistenziali dipende da vari criteri e non unicamente dall'età. In particolare, il comportamento di un giovane che chiede di essere assistito nel suicidio trova svariate interpretazioni. Si può trattare di un individuo particolarmente maturo e convinto degli argomenti addotti, tanto più che è il solo a poter giudicare veramente il grado della propria sofferenza fisica o psichica. La decisione di un minorenni di chiedere assistenza nell'atto estremo merita la stessa attenzione della decisione di un adulto convinto e in grado di discernere che si trova in una situazione analoga (dolori insopportabili legati ad una malattia incurabile). Oppure si può trattare di un adolescente o di un minorenni destabilizzato dalla gravità di una simile decisione, dalla pressione esercitata dai genitori, dall'ambiente o semplicemente dall'instabilità caratteriale tipica di questa fase della vita. In simili circostanze non esistono soluzioni universali, applicabili in ogni situazione. Non vi è infatti una «maggiore età medica», al di là della quale il minorenni è in grado di discernere. Le esperienze dei pediatri dimostrano inoltre che lo sviluppo dei bambini e degli adolescenti varia notevolmente a seconda della personalità.

Particolare prudenza va applicata nel caso di un adolescente minorenni, esposto a svariate pressioni, forti o deboli, positive o negative, esercitate dalla famiglia o da altri. Nella formazione della propria volontà gli adolescenti possono essere ancora molto influenzabili, anche se questa tesi non vale ovviamente per tutti. Riguardo alla difficile questione della vita e della morte, gli influssi esterni incidono notevolmente sul giudizio e la personalità degli adolescenti. Ed è proprio in questo contesto così particolare che si pone la questione della valutazione della capacità di discernimento di un minorenni e del grado della sua libertà di decisione. Questa valutazione richiede tempo, una profonda riflessione e spesso il parere di più persone competenti in questo campo.

c) Associazioni di aiuto al suicidio

L'assistenza al suicidio costituisce una problematica etica a sé quando viene offerta da associazioni specializzate, che nel nostro Paese esistono in virtù dell'articolo 115 CP. Queste associazioni (es. Exit) possono disporre di conoscenze specifiche notevoli e di un ampio bagaglio di esperienze che si rivela fondamentale per la qualità dell'esecuzione dell'assistenza al suicidio. D'altro lato però la situazione varia notevolmente per il suicidante se è consapevole del fatto che non deve ricorrere a metodi improbabili perché grazie a simili associazioni potrà portare a termine il proprio progetto in modo sicuro e indolore. Per i membri di queste associazioni ne risulta una grande responsabilità dal profilo umano, perché hanno a che fare con richiedenti sconosciuti e sono tenuti a chiarire la situazione allo scopo di decidere se accordare la propria assistenza al suicidio oppure se optare per un'altra forma d'aiuto.

Il diritto svizzero consente a chiunque di fondare una simile associazione privata. Finché non violano l'articolo 115 CP, non è possibile subordinare l'attività di queste associazioni a criteri di qualità. Una simile situazione sembra poco adatta considerato che si tratta di una questione di vita o di morte. Pertanto, l'adozione di una base legale che consenta di esigere l'applicazione indistinta di questi criteri di qualità costituisce una tappa decisiva. In un primo tempo occorre quindi sottoporre le associazioni di aiuto al suicidio ad una vigilanza statale. In un secondo tempo occorrerà elaborare i criteri di qualità da applicare, prevalentemente per quanto riguarda l'esame della domanda di suicidio assistito. Il vantaggio di collaborare con le associazioni di aiuto al suicidio nell'allestimento di questi criteri di qualità, consiste nel poter tenere conto delle loro esperienze. Questo è assolutamente possibile ampliando il diritto federale o il diritto cantonale. Una soluzione a livello federale sarebbe evidentemente preferibile dato che con l'esiguità del territorio svizzero, un'associazione potrebbe ripiegare facilmente su un altro Cantone.

d) «Turismo della morte»

La particolare prassi giuridica della Svizzera in materia di assistenza al suicidio attira anche cittadini di altri Paesi, intenzionati a ricorrere legalmente all'aiuto di un'associazione specializzata che nel loro Paese sarebbe bandita. Questa situazione è criticata per varie ragioni e dato che i casi aumentano, urge riflettere seriamente sulla necessità di un disciplinamento che tenga conto opportunamente di questa problematica specifica.

Da un punto di vista etico occorre innanzitutto chiarire dove risiede il problema. Primo: sono questi viaggi dall'estero allo scopo di morire in Svizzera a suscitare sdegno? Secondo: è il fatto che la Svizzera diventi un rifugio per le persone che intendono suicidarsi? Terzo: è piuttosto la difficoltà, legata alla distanza e alle contingenze temporali del viaggio, di verificare adeguatamente i motivi che hanno spinto la persona a scegliere di farla finita, e di decidere individualmente secondo coscienza per o contro un'assistenza al suicidio?

Nelle sue riflessioni, la CNE ha optato indubbiamente per la terza interpretazione. Da un punto di vista etico, la nazionalità o il domicilio di una persona intenzionata a togliersi la vita non può essere determinante ai fini di una decisione responsabile secondo coscienza di concedere o meno l'assistenza al suicidio. La scelta di comodo di stabilire un criterio nazionale sarebbe poco corretta e difficilmente difendibile. La seconda ragione è soprattutto rilevante da un punto di vista psicologico e politico, meno da quello etico. Sussisterebbe però un grave motivo di preoccupazione dal punto di vista etico se le persone provenienti dall'estero fossero sottoposte a verifiche di qualità inferiore semplicemente per ragioni legate alla distanza e alle contingenze temporali del viaggio.

Sulla scorta di queste riflessioni, la Commissione propone di garantire un'elevata qualità delle verifiche, evitando invece l'applicazione di criteri di nazionalità o l'introduzione dell'obbligo di domicilio per le persone intenzionate a suicidarsi. Pertanto, le misure che raccomanda per far fronte al problema del «turismo della morte» coincidono con quelle che ritiene opportune per la sorveglianza e la garanzia di qualità delle associazioni di aiuto al suicidio. Tutte le persone che chiedono di farsi assistere in un atto di morte hanno diritto indipendentemente dalla loro nazionalità e dal loro luogo di domicilio a verifiche qualitativamente ineccepibili prima che venga presa una decisione in tal senso. Per effetto dell'introduzione di queste esigenze di qualità, le pratiche di assistenza al suicidio per persone che giungono dall'estero diventeranno probabilmente più onerose e meno frequenti.

IV. Raccomandazioni della CNE sull'assistenza al suicidio

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

L'assistenza al suicidio solleva un dilemma etico tra il dovere di assistenza alle persone con tendenze suicide e il rispetto del loro diritto all'autodeterminazione. Le raccomandazioni, le direttive e i disciplinamenti giuridici devono tenere conto di questa bipolarità.

Nella società, è opinione diffusa che le persone con tendenze suicide vadano aiutate a rimanere in vita e in alcuni casi siano tutelate da se stesse. In sintonia con questo pensiero vengono profusi notevoli sforzi nella prevenzione del suicidio. A volte, il desiderio di farla finita nasce dalla mancanza di un'assistenza sufficiente, e una soluzione in tal senso potrebbe essere quella di potenziare l'offerta delle cure palliative. Il suicidio di un essere umano non lascia indifferenti, e può avere conseguenze traumatiche sui familiari, molti dei quali vengono sopraffatti dai sensi di colpa e da sentimenti d'impotenza per non essere riusciti a evitarlo. Direttive e disciplinamenti dovrebbero pertanto creare e mantenere le premesse affinché si possa evitare nella misura del possibile il manifestarsi della volontà suicida e la vita di un essere umano sia riconosciuta come valore supremo.

A questa visione si contrappone il rispetto per l'autodeterminazione del prossimo, e in particolare il rispetto per il desiderio di morire degnamente. Questo rispetto deriva da un principio del pensiero liberale molto radicato nel nostro Paese e messo alla prova dalla nostra tendenza a condannare le azioni altrui che giudichiamo sbagliate. Esso non ammette che le azioni di altri siano ostacolate sulla base di convinzioni morali personali, a patto che tali azioni non rechino pregiudizio a terzi. E sicuramente, di fronte a una malattia o alla propria morte la maggior parte degli esseri umani vorrebbe poter decidere liberamente.

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

E' proprio del dilemma tra questi due aspetti etici - il dovere di assistenza e il rispetto per l'autodeterminazione - che devono tenere conto norme e direttive. Soltanto la considerazione dell'uno o dell'altro aspetto soltanto produrrebbe un notevole mutamento dei valori nella società.

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

2 – Assistenza al suicidio e omicidio su richiesta della vittima

(testo approvato all'unanimità)

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

L'omicidio su richiesta della vittima contrasta con l'opinione diffusa, secondo cui la morte di un essere umano non dev'essere provocata in modo mirato da altri. Nel suicidio assistito, è il diretto interessato a darsi la morte. Questa distinzione porta a discussioni sull'eutanasia in generale e in particolare sull'eutanasia attiva diretta: un argomento che richiede ulteriori riflessioni, che non sono tuttavia oggetto del presente parere.

3 – Non punibilità dell’assistenza al suicidio (testo approvato all’unanimità)

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

Nella fattispecie, trova applicazione il principio liberale secondo cui le decisioni della persona intenzionata a morire e di quella che l’assiste devono essere rispettate, senza che lo Stato debba intervenire. Fanno eccezione i casi in cui la decisione di assistenza al suicidio è dettata da interessi personali.

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

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

4 – Decisioni incentrate sulla persona

(testo approvato all'unanimità)

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

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

L'assistenza al suicidio si riferisce sempre e solo ad una determinata persona, per cui la decisione di accompagnarla nell'atto finale dev'essere presa pensando a lei e alla sua situazione specifica. E' una decisione che va ben oltre la semplice applicazione di norme e criteri, poiché implica una profonda conoscenza della persona e della sua situazione, dei motivi che l'hanno spinta a volersi suicidare, della costanza di questo desiderio, e presuppone inoltre che prima del gesto finale vengano discusse le possibili alternative.

Sarebbe inammissibile che l'assistenza al suicidio diventasse una routine. Le persone che soddisfano i requisiti per farsi assistere nella «dolce morte» potrebbero addirittura sentirsi in dovere di giustificare i motivi di un eventuale rifiuto, e, dal canto suo, il personale assistente potrebbe sentirsi tenuto a spiegare per quale ragione non intende partecipare a tali pratiche. Spesso, l'atteggiamento delle persone gravemente malate nei confronti della morte è ambivalente e incostante. Pertanto, se il suicidio assistito rientrasse nell'offerta normale, questa ambivalenza potrebbe cadere, lasciando libero corso alla volontà di farla finita.

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

5 – Associazioni di aiuto al suicidio

(testo approvato all'unanimità)

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

Il diritto vigente lascia impunita l'assistenza al suicidio, sempre che non avvenga per motivi egoistici. Non contiene alcuna disposizione sulla tutela delle persone a rischio, la cui volontà di farla finita potrebbe essere anche solo passeggera e per le quali potrebbero esistere altre prospettive. L'attività delle associazioni di aiuto al suicidio, il cui obiettivo è di aiutare le persone intenzionate a morire a coronare la loro aspirazione nel modo più indolore possibile, pone le persone a rischio di fronte a una nuova situazione. Le associazioni di aiuto al suicidio non propongono l'assistenza di una persona cara, ma offrono prestazioni generiche destinate a terzi. E la natura stessa della loro missione cela il pericolo che tra i due valori – la tutela della vita e il rispetto per l'autodeterminazione del singolo – sia il secondo ad essere privilegiato nell'ambito della loro attività. Occorre pertanto adottare disposizioni giuridiche che garantiscano che anche il primo valore sia tenuto in sufficiente considerazione. Le norme che le associazioni stesse si fissano non bastano, perché in caso di violazione, e a quanto risulta ve ne sono, non vi è dal punto di vista giuridico alcuna possibilità di perseguimento o di sanzione. Proprio per garantire il dovere di assistenza alle persone a rischio è necessario completare la legislazione vigente, affinché l'attività di queste associazioni sia soggetta alla vigilanza dello Stato.

6 – Malattie psichiche

(testo approvato all'unanimità)

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

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

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

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

7 – Bambini e giovani

Posizione di maggioranza:

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

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

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

Posizione di minoranza:

I bambini e i giovani non vanno assistiti nel suicidio.

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

8 – Ospedali e istituti sociosanitari (testo approvato senza pareri contrari)

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

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

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

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

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

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

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

9 – Membri delle professioni mediche

(testo approvato all'unanimità)

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

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

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

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

10 – Persone con intenzioni suicide provenienti dall'estero

(testo approvato senza pareri contrari)

Anche se in genere non vi sono ragioni etiche per precludere alle persone provenienti dall'estero la possibilità di farsi assistere nel suicidio in Svizzera, la difficoltà di garantire le necessarie verifiche e il rispetto del dovere di diligenza ad esse legato solleva in realtà un notevole problema di natura etica. Come per i cittadini residenti in Svizzera, anche per le persone provenienti dall'estero bisognerebbe accertare che le condizioni formulate nella raccomandazione n. 4 siano adempiute.

Si suppone che le ragioni che spingono una persona a decidere di chiedere assistenza al suicidio nel nostro Paese siano le stesse, che risieda in Svizzera o all'estero. Pertanto, se per considerazioni di natura etica si ritiene che le persone residenti in Svizzera debbano poter usufruire dell'assistenza al suicidio, vi sono buone ragioni non etiche ma tutt'al più sociopolitiche per negare questa opportunità alle persone che vivono all'estero.

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

11 – Tendenze sociali e rischi

(testo approvato senza pareri contrari)

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

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

Le persone bisognose di cure sono particolarmente esposte a questo rischio. La loro libertà e la loro autodeterminazione potrebbero essere influenzate dalla pressione percepita e dall'offerta socialmente accettata di "accompagnamento alla morte". Questo, anche se tali persone risultano capaci di discernimento e le associazioni di aiuto al suicidio non agiscono per motivi egoistici.

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

12 - Necessità di disciplinamento giuridico

L'attuale situazione giuridica va completata per garantire che

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

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

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

V. Bibliografia

Fonti diverse

- Accompagnement en fin de vie: prise de position de l'Association Alzheimer Suisse (ALZ): résumé + rapport complet. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):207-208.
- Assistance au décès: les directives de l'ASSM de 1995 restent valides. Bulletin ASSM 2002;(2):3.
- Assistance au décès : Rapport du Groupe de travail au Département fédéral de justice et police. 1999
- BAG, Bundesamt für Gesundheit BAG, Suizid und Suizidprävention in der Schweiz, Bericht in Erfüllung des Postulates Widmer (02.3251), Bern 2005
- Bulletin officiel du Conseil des Etats 1931, S. 41 ss
- Bulletin officiel du Conseil des Etats 2003, S. 618 ss
- Bulletin officiel du Conseil National 1929, S. 11 ss
- Bulletin officiel du Conseil National 1996, S. 362 ss
- Bulletin officiel du Conseil National 2001, S. 1835 ss
- Bulletin officiel du Conseil National 2004, S. 266 ss
- Code de déontologie de la FMH (version révisée du 30 avril 2003)
- Comité directeur pour la bioéthique du Conseil de l'Europe: Réponses au questionnaire pour les Etats membres relatif à l'euthanasie (20 janvier 2003)
- Conseil de l'Europe (éd.), L'Euthanasie, Collection Regard éthique, Strasbourg 2004
- Directives médico-éthiques sur l'accompagnement médical des patients en fin de vie ou souffrant de troubles cérébraux extrêmes (ASSM)
- Directives médico-éthiques sur la prise en charge des patientes et patients en fin de vie (ASSM)
- Dispositions de fin de vie. Bulletin des médecins suisses 1990; 71(33):1338.
- Euthanasie: la position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). Lausanne: SSMSP; 2001
- Feuille fédérale 1918 IV 32, 35-36, Message du Conseil fédéral du 29 juillet 1918
- Groupe francophone de réanimation et urgences pédiatriques. Limitation ou arrêt des traitements en réanimation pédiatrique: repères pour la pratique. Paris: Fondation de France; 2002.
- Initiative parlementaire « Caractère répréhensible de l'euthanasie active. Nouvelles Dispositions », déposée le 27.09.2000 au Conseil National (00.441)
- Initiative parlementaire « Incitation et assistance au suicide. Modification de l'Art. 115 », déposée le 14.03.2001 au Conseil National (01.407)
- L'assistance au suicide dans les établissements de soins / Avis de la Commission d'éthique (CE) de l'Ensemble hospitalier de la Côte (EHC). Médecine et Hygiène 2002; 2416:2328-2332.
- Les EMS face à l'assistance au suicide / Etat de la question et recommandations / Ordre professionnel de l'AVDEMS, chambre de l'éthique. 2002.
- Medical futility in end-of-life care: report of the Council on Ethical and Judicial Affairs. JAMA 1999; 281:937-941.
- Patientenverfügungen. Eine Materialsammlung, Bern: Institut für Sozialethik 1992 (ISE-Texte 1/92)
- Prise en charge des patients en fin de vie. Directives médico-éthiques de l'ASSM (1ère publication pour la consultation du corps médical). Bulletin des médecins suisses 2004; 85(6):294-297.
- Rapport du Conseil fédéral donnant suite au postulat Ruffly (juillet 2000)
- Rapport du groupe de travail au Département fédéral de justice et police, Assistance au décès, mars 1999
- Schweizerisches Strafgesetzbuch, Procès-verbal de la Deuxième Commission d'Experts, vol. II, Lugano 1912
- Supreme Court of the United States, 117, 2293, 1997, *Vacco c. Quill*
- Supreme Court of the United States, 117, 2258, 1997, *Washington c. Glucksberg*
- Total colonic aganglionosis (with or without ileal involvement): A review of 27 cases. Journal of Pediatric Surgery 1986; 21(3):251-254.
- Abraham JL. Everyday practice at the end of life. Penn Bioethics 1998; 5(1):1-4.
- Anderson JG, Caddell DP. Attitudes of medical professionals toward euthanasia. Soc Sci Med 1993; 37(1):105-114.
- Asch DA, DeKay ML. Euthanasia among US critical care nurses. Practices, attitudes, and social and professional correlates. Med Care 1997; 35(9):890-900.
- Avery D. Assisted suicide seekers turn to Switzerland. Bull World Health Organ 2003; 81(4):310.
- Bachman JG, Alcer KH, Doukas DJ, Lichtenstein RL, Corning AD, Brody H. Attitudes of Michigan physicians and the public toward legalizing physician-assisted suicide and voluntary euthanasia. N Engl J Med 1996; 334(5):303-309.
- Baertschi B. Il faut libéraliser l'euthanasie. La Recherche 1996; 284:101-103.
- Bannink M, Van Gool AR, van der Heide A, van der Maas PJ. Psychiatric consultation and quality of decision making in euthanasia. Lancet 2000; 356(9247):2067-2068.
- Barrelet L, Cassani U, Mauron A, Roulin D. Assistance au suicide: Des balises nécessaires aux médecins / Le point de vue de la pénaliste / La médecine et les dilemmes immémoriaux de la mort volontaire / Quelle attitude doit adopter le médecin traitant du patient face à cette demande d'assistance au suicide. Médecine et Hygiène 1997; 55:614-621.
- Bascom PB, Tolle SW. Responding to requests for physician-assisted suicide: «These are uncharted waters for both of us...». JAMA 2002; 288(1):91-98.
- Bayard C. La relation médecin-malade dans la fin de vie. 1999.
- Ref Type: Unpublished Work
- Bayard C. Propos sur l'euthanasie. UNKNOWN 1998;20-21.
- Bayard C, Venetz AM. Un centre de soins palliatifs et d'approche de la mort en Valais: L'antenne François-Xavier Bagnoud. Revue Médicale de la Suisse Romande 1997; 117:255-260.
- Berner D. Position de la Commission cantonale d'éthique par rapport à l'assistance au suicide. Revue Médicale de la Suisse Romande 2002; 122(4):209-210.

Bittel N, Neuenschwander H, Stiefel F. «Euthanasia»: a survey by the Swiss Association for Palliative Care. *Support Care Cancer* 2002; 10(4):265-271.

Blackhall LJ, Murphy ST, et al. Ethnicity and attitudes toward patient autonomy. *JAMA* 1995; 274(10):820-825.

Bleiberg H. Considérations éthiques chez les patients présentant un cancer avancé. *Médecine et Hygiène* 2001; 59(2352):1400-1402.

Boisseau N. Euthanasie et soins palliatifs aux Pays-Bas. *Presse Med* 2004; 33(6):368-372.

Bondolfi A. Beihilfe zum Suizid: grundsätzliche Überlegungen, rechtliche Regulierung und Detailprobleme. *Ethik Med* 12 (2000): 262-268.

Bosshard G, Wettstein A, Bar W. [How stable is the attitude of aged people towards life-extending measures? Results of a 3-year follow-up in nursing home residents]. *Z Gerontol Geriatr* 2003; 36(2):124-129.

Bosshard G, Ulrich E, Bär W. 748 cases of suicide assisted by a Swiss right-to-die organisation. *Swiss Med Wkly* 2003; 133(21-22):310-317.

Bosshard G, Jermini D, Eisenhart D, Bär W. Assisted suicide bordering on active euthanasia. *Int J Legal Med* 2003; 117(2):106-108.

Bosshard G, Fischer S, Bär W. Open regulation and practice in assisted dying. *Swiss Med Wkly* 2002; 132(37-38):527-534.

Bozzetti F. Guidelines on artificial nutrition versus hydration in terminal cancer patients. *Nutrition* 1996; 12(3):163-167.

Brody H. Kevorkian and assisted death in the United States [editorial]. *B M J* 1999; 318:953-954.

Cassani U. Euthanasie et droit pénal. *Médecine et Hygiène* 1994.

Cassani U. Le droit pénal suisse face à l'assistance au décès. *Médecine et Hygiène*; 1999.

Chan HM. Sharing death and dying: advance directives, autonomy and the family. *Bioethics* 2004; 18(2):87-103.

Charlson ME, Sax FL, MacKenzie CR, Fields SD, Braham RL, Douglas RG, Jr. Resuscitation: how do we decide? A prospective study of physicians' preferences and the clinical course of hospitalized patients. *JAMA* 1986; 255(10):1316-1322.

Chevrolet J-C, Ricou B. Mourir aux soins intensifs. *Médecine et Hygiène* 2002; 60(2398):1818-1822.

Chin AE, Hedberg K, Higginson GK, Fleming DW. Legalized physician-assisted suicide in Oregon - the first year's experience. *N Engl J Med* 1999; 340(7):557-583.

Chochinov HM. The euthanasia debate: attitudes, practices and psychiatric considerations. *Can J Psychiatry* 1995; 40:593-602.

Cook D. Patient autonomy versus parentalism. *Crit Care Med* 2001; 29(2 Suppl):N24-N25.

Cook DJ, Guyatt G, Jaeschke R, Reeve J, Spanier A, King D et al. Journal of American Medical Association Determinants in Canadian health care workers of the decision to withdraw life support from the critically ill. *JAMA* 1995; 273:703-708.

Curtis JR, Rubenfeld GD. Aggressive care at the end of life
Does capitated reimbursement encourage the right care for the wrong reason? *JAMA* 1999; 278:1025-1026.

Cuttini M, Nadai M, Kaminski M, Hansen G, De Leeuw R, Lenoir S et al. End-of-life decisions in neonatal intensive care: physicians' self-reported practices in seven European countries. EURONIC Study Group. *Lancet* 2000; 355(9221):2112-2118.

de Stoutz ND, Beyeler Y, Porchet F, Zliatev-Scocard N. Assistance au décès: rapport du groupe de travail fédéral Le point de vue de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs (SSMSP). *Médecine et Hygiène* 1999;1930-1941.

Deliens L, Mortier F, Bilsen J, Cosyns M, Vander SR, Vanoverloop J et al. End-of-life decisions in medical practice in Flanders, Belgium: a nationwide survey. *Lancet* 2000; 356(9244):1806-1811.

Deliens L, van der Wal G. The euthanasia law in Belgium and the Netherlands. *Lancet* 2003; 362(9391):1239-1240.

Di Mola G, Borsellino P, Brunelli C, Gallucci M, Gamba A, Lusignani M et al. Attitudes toward euthanasia of physician members of the Italian Society for Palliative Care. *Ann Oncol* 1996; 7(9):907-911

Donatsch A. Die strafrechtlichen Grenzen der Sterbehilfe, in: Mettner M (Hg.): *Wie menschenwürdig sterben?: zur Debatte um die Sterbehilfe und zur Praxis der Sterbebegleitung*. Zürich: NZN-Buchverlag 2000, S. 126-131

Doyal L.. Why active euthanasia and physician assisted suicide should be legalised. *BMJ* 2001; 323(7321):1079-1080.

DuVal G, Clarridge B, Gensler G, Danis M. A national survey of U.S. internists' experiences with ethical dilemmas and ethics consultation. *J Gen Intern Med* 2004; 19(3):251-258.

Dyer C. High Court throws out «suicide aid» case. *BMJ* 2001; 323(7319):953.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and desires related to euthanasia and physician-assisted suicide among terminally ill patients and their caregivers. *JAMA* 2000; 284(19):2460-2468.

Emanuel EJ, Fairclough D, Clarridge BC, Blum D., Bruera E, Penley WCh et al. Attitudes and practices of U.S. oncologists regarding euthanasia and physician-assisted suicide. *Annals of Internal Medicine* 2000; 133:527-531.

Emanuel EJ, Fairclough DL, Daniels ER, Clarridge BR. Euthanasia and physician-assisted suicide: attitudes and experiences of oncology patients, oncologists, and the public. *Lancet* 1996; 347(9018):1805-1810.

Emanuel EJ. Euthanasia and physician-assisted suicide: a review of the empirical data from the United States. *Arch Intern Med* 2002; 162(2):142-152.

Emanuel EJ, Battin MP. What are the potential cost savings from legalizing physician-assisted suicide? *N Engl J Med* 1998; 339(3):167-172.

Emanuel EJ, Daniels ER, Fairclough DL, Clarridge BR. The Practice of Euthanasia and Physician-Assisted Suicide in the United States: Adherence to Proposed Safeguards and Effects on Physicians *JAMA*, Aug 1998; 280: 507 - 513. *N Engl J Med*. 2003 Jul 24;349(4):359-65. (Nurses' experiences with hospice patients who refuse food and fluids to hasten death.)

Fainsinger RL, Bruera E. When to treat dehydration in a terminally ill patient? *Support Care Cancer* 1997; 5(205):211.

Faisst K, Fischer S, Bosshard G, Zellweger U, Bar W, Gutzwiller F. Décisions médicales en fin de vie dans six pays européens: Premiers résultats. *Bulletin des médecins suisses* 2003; 84(34):1730-1732.

Ferrand E. Le limitations et arrêts de thérapeutique(s) active(s) en réanimation adulte. *Recommandations de la Société de réanimation de langue française*. *Réanimation* 2002; 11:442-449.

Ferrand E, Robert R, Ingrand P, Lemaire F. Withholding and withdrawal of life support in intensive-care units in France: a prospective survey. French LATAREA Group. *Lancet* 2001; 357(9249):9-14.

Fleischman AR. Caring for gravely ill children. *Pediatrics* 1994; 94(433):439.

Forde R, Aasland OG, Falkum E. The ethics of euthanasia-attitudes and practice among Norwegian physicians. *Soc Sci Med* 1997; 45(6):887-892.

Fost N. Ethical issues in death and dying. 1998. 32-37.

Fraser SI, Walters JW. Death - whose decision? Euthanasia and the terminally ill. *J Med Ethics* 2000; 26(2):121-125.

Frei A, Schenker TA, Finzen A, Krauchi K, Dittmann V, Hoffmann-Richter U. Assisted suicide as conducted by a «Right-to-Die» society in Switzerland: a descriptive analysis of 43 consecutive cases. *Swiss Med Wkly* 2001; 131(25-26):375-380.

Ganzini L, Block S. Physician-assisted death: a last resort? *N Engl J Med* 2002; 346(21):1663-1665.

Ganzini L, Nelson HD, Schmidt TA, Kraemer DF, Delorit MA, Lee MA. Physicians' experiences with the Oregon Death with Dignity Act. *N Engl J Med* 2000; 342(8):557-563.

Ganzini L, Lee MA. Psychiatry and assisted suicide in the United States. *N Engl J Med* 1997; 336(25):1824-1826.

Ganzini L, Goy ER, Miller LL, Harvath TA, Jackson A, Delorit MA, Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel L. Attitudes and Desires Related to Euthanasia and Physician-Assisted Suicide Among Terminally Ill Patients and Their Caregivers *JAMA*, Nov 2000; 284: 2460 - 2468. *Psychosom Med.* 2000 Mar-Apr;62(2):271-9. (Resilience and distress among amyotrophic lateral sclerosis patients and caregivers.)

Gastmans C, Van NF, Schotsmans P. Facing requests for euthanasia: a clinical practice guideline. *J Med Ethics* 2004; 30(2):212-217.

Giannini A, Pessina A, Tacchi EM. End-of-life decisions in intensive care units: attitudes of physicians in an Italian urban setting. *Intensive Care Med* 2003; 29(11):1902-1910.

Godfrey K. BMA continues to oppose assisted suicide and euthanasia. *BMJ* 2004; 329(7473):997.

Goold SD, Williams B, Arnold RM. Conflicts regarding decisions to limit treatment: a differential diagnosis. *JAMA* 2000; 283(7):909-914.

Groenewoud JH, van der Heide A, Onwuteaka-Philipsen BD, Willems DL, van der Maas PJ, van der Wal G. Clinical problems with the performance of euthanasia and physician-assisted suicide in The Netherlands. *N Engl J Med* 2000; 342(8):551-556.

Groenewoud JH, van der Maas PJ, van der Wal G, Hengeveld MW, Tholen AJ, Schudel WJ et al. Physician-assisted death in psychiatric practice in the Netherlands. *N Engl J Med* 1997; 336(25):1795-1801.

Grosbuis S, Nicolas F, Rameix S, Pourrat O, Kossman-Michon F, Ravaud Y et al. Bases de réflexion pour la limitation et l'arrêt des traitements en réanimation chez l'adulte. *Réanimation urgences* 2000;(9):11-25.

Halcomb E, Daly J, Jackson D, Davidson P. An insight into Australian nurses' experience of withdrawal/withholding of treatment in the ICU. *Intensive Crit Care Nurs* 2004; 20(4):214-222.

Herbst H, Lynn J, Mermann AC, Bayard C. Les souhaits et besoins des patients mourants. *Patient Care* 1998;27-37.

Hilden HM, Louhiala P, Palo J. End of life decisions: attitudes of Finnish physicians. *J Med Ethics* 2004; 30(4):362-365.

Himmelstein BP, Hilden JM, Boldt AM, Weissman D. Pediatric palliative care. *N Engl J Med* 2004; 350(17):1752-1762.

Hofman JC, Wenger NS, et al. Patient preference for communication with physicians about end-of-life decisions. *Annals of Internal Medicine* 1997; 127(1):1-10.

Hurst SA, Mauron A. Assisted suicide and euthanasia in Switzerland: allowing a role for non-physicians. *BMJ* 2003; 326(7383):271-273.

If M. Euthanasie: la Suisse, pays modèle. *Médecine et Hygiène* 1998;2055.

Jaccard R, Thévoz M. Ethique et prêt-à-porter. Manifeste pour une mort douce. Paris: Grasset; 1992. 42-47.

Jaccard R, Thévoz M. Vivre et mourir dans la dignité. *Accompagner et soigner* 2000; 41/42:96-106.

Jeanneret O. La question de l'euthanasie. *Médecine et Hygiène* 1998;2394-2397.

Jochemsen H, Keown J. Voluntary euthanasia under control? Further empirical evidence from The Netherlands. *J Med Ethics* 1999; 25(1):16-21.

Jonas H. The right to die. *Hastings Center Report* 1978; 8(4):31-36.

Kagawa-Singer M, Blackhall LJ. Negotiating cross-cultural issues at the end of life: «You got to go where he lives». *JAMA* 2001; 286(23):2993-3001.

Kaplan KJ, Schwartz MB. Watching over patient life and death: Kevorkian, Hippocrates and Maimonides. *Ethics and Medicine* 1998;49-53.

Kaplan RM, Schneiderman LJ. Healthcare resource consumption in terminal care. *Pharmacoeconomics* 1997; 11(1):2-12.

Kelly BD, McLoughlin DM. Euthanasia, assisted suicide and psychiatry: a Pandora's box. *British Journal of Psychiatry* 2002; 181:278-279.

Kessler S, Cassani U. Assistance au décès. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1999;84-86.

Kitchener BA. Nurse characteristics and attitudes to active voluntary euthanasia: a survey in the Australian Capital Territory. *J Adv Nurs* 1998; 28(1):70-76.

Kompanje EJ. End-of-life practices in European intensive care units. *JAMA* 2003; 290(22):2938-2939.

Kuczewski M. From informed consent to substituted judgement: decision-making at the end-of-life. *HEC Forum* 2004; 16(1):27-37.

La Marne P. Les soins palliatifs comme humanisme transcendant. *Ethiques de la fin de vie: acharnement thérapeutique, euthanasie, soins palliatifs*. Paris: Ellipses; 1999. 1-10.

Lang F, Quill T. Making decisions with families at the end of life. *Am Fam Physician* 2004; 70(4):719-723.

Lee DE. Physician-assisted suicide: a conservative critique of intervention. *Hastings Cent Rep* 2003; 33(1):17-19.

Legros B. Sur l'opportunité d'instituer une exception d'euthanasie en droit français. *Médecine et Droit* 2001;(46):7-16.

Lemaire F. Limitations et arrêts de traitements actifs en réanimation: un autre point de vue. *Réanimation urgences* 2000;(9):3-7.

Léger JM. Un consensus international. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1997; 7:70-71.

Lichter I, Hunt E. The last 48 hours of life. *Journal of Palliative Care* 1990; 6:7-15.

Lo B, Ruston D, Kates LW, Arnold RM, Cohen CB, Faber-Langendoen K et al. Discussing religious and spiritual issues at the end of life: a practical guide for physicians. *JAMA* 2002; 287(6):749-754.

Luttrell S. Withdrawing or withholding life prolonging treatment. *B M J* 1999; 318:1709-1710.

Manai D. Quels droits pour la vieillesse en Suisse face aux enjeux médicaux ? *Intern Jal of Bioeth = Jal Inter Bioéth* 1996; 7:272-280.

Mantz JM. Abandon et acharnement thérapeutique en réanimation. *Réanimation urgences* 1995; 4(1):1-2.

Martin J. A propos de la poursuite de la santé et de la longévité, dans notre vie quotidienne et par la recherche. *Médecine et Hygiène* 1998;2102-2104.

Martin J. Assistance au suicide et dispositions éthiques / déontologiques. Une présentation résumée des enjeux. *Médecine et Hygiène* 2004; 2647:258-260.

Martin J. Le médecin face à la mort volontaire. *Médecine et Hygiène* 2002; 60(2386):712-716.

Martin J. Législation, interruption de grossesse et fin de vie. Les affirmations simplistes sur des enjeux éthiques difficiles ne sont pas utiles. *Médecine et Hygiène* 2004;(2490):1498-1500.

Martin J. Santé, droit et éthique au seuil des années 1990 (III-fin)

London 89 - The International Conference on Health Law and Ethics. *Médecine et Hygiène* 1989;2873-2882.

Martin J. Venir mourir à l'hôpital. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 1999; 119:847-851.

Mauron A. La sédation complète et ses enjeux éthiques. *Infokara* 1996;(43):41-49f.

Mazzocato C. Demande de suicide médicalement assisté ou d'euthanasie: que peut-elle cacher?: regard d'un médecin travaillant en soins palliatifs. *Revue Médicale de la Suisse Romande* 2001; 121(5):407-411.

McClain CS, Rosenfeld B, Breitbart W. Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *Lancet* 2003; 361(9369):1603-1607.

Meier DE, Emmons CA, Wallenstein S, Quill T, Morrison RS, Cassel CK. A national survey of physician-assisted suicide and euthanasia in the United States. *N Engl J Med* 1998; 338(17):1193-1201.

Mélot C. Le non acharnement thérapeutique et l'euthanasie en réanimation à l'aube du troisième millénaire. *Réanimation urgences* 2000;(9):9-10.

Moskowitz E. Books review: The consensus on assisted suicide (The case against assisted suicide: for the right to end-of-life care / Assisted suicide: finding common ground). *Hastings Center Report* 2003;46-47.

Mottu F. Suicide d'un patient: le médecin doit-il y participer? – Réflexions sur le suicide médicalement assisté. *PrimaryCare* 2002; 5:132-135.

Muller MT, Kimsma GK, van der Wal G. Euthanasia and assisted suicide: facts, figures and fancies with special regard to old age. *Drugs Aging* 1998; 13(3):185-191.

Nau JY. Les graves carences de l'accompagnement des malades en fin de vie. *Le Monde* 1999.

Nau JY. Les premiers morts par suicide «médicalement assisté» de l'Oregon. *Médecine et Hygiène* 1999;534.

Nau JY. Trois leçons sur la mort. *Médecine et Hygiène* 1998.

Neuenschwander H, Bittel N, Stiefel F. Mots-clés «Euthanasie»: qu'en pensent les membres de la Société Suisse de Médecine et de Soins Palliatifs (SSMSP) ?, 1ère partie. *Infokara* 2001; 2.

Norup M. Limits of neonatal treatment: a survey of attitudes in the Danish population. *J Med Ethics* 1998; 24(3):200-206.

O'Neill C, Feenan D, Hughes C, McAlister DA. Physician and family assisted suicide: results from a study of public attitudes in Britain. *Soc Sci Med* 2003; 57(4):721-731.

Onwuteaka-Philipsen BD, van der HA, Koper D, Keij-Deerenberg I, Rietjens JA, Rurup ML et al. Euthanasia and other end-of-life decisions in the Netherlands in 1990, 1995, and 2001. *Lancet* 2003; 362(9381):395-399.

Parment S, Lynn C, Glass RM. JAMA patient page. Suicide in older persons. *JAMA* 2004; 291(9):1158.

Peillon D, Salord F, Waked L, Riche H, Jenoudet MT, Chacornac R. Abandon ou acharnement thérapeutiques en réanimation: évaluation des pratiques médicales. *Réanimation urgences* 1995; 4(1):3-8.

Penson RT, Dignan FL, Canellos GP, Picard CL, Lynch TJ Jr. Burnout: caring for the caregivers. *Oncologist*. 2000;5(5):425-34

Pentz RD, Flamm AL, Pasqualini R, Logothetis CJ, Arap W. Revisiting ethical guidelines for research with terminal wean and brain-dead participants. *Hastings Center Report* 2003; 33(1):20-26.

Pochard F, Grassin M. L'arrêt thérapeutique comme soins en réanimation. *Ethique et Santé* 2004; 1(2):95-99.

Porchet F. *Revue de presse Affaire Mantes-la-joie*. 22-8-1998.

Ref Type: Report

Prendergast TJ, Claessens MT, Luce JM. A national survey of end-of-life care for critically ill patients. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 158(4):1163-1167.

Pronovost P, Angus DC. Economics of end-of-life care in the intensive care unit. *Crit Care Med* 2001; 29(2 Suppl):N46-N51.

Quill TE, Brody RV. «You promised me I wouldn't die like this!» A bad death as a medical emergency. *Arch Intern Med* 1995; 155(12):1250-1254.

Quill TE. Dying and decision making – evolution of end-of-life options. *N Engl J Med* 2004; 350(20):2029-2032.

Quill TE, Lo B, Brock DW. Palliative options of last resort: a comparison of voluntarily stopping eating and drinking, terminal sedation, physician-assisted suicide, and voluntary active euthanasia. *JAMA* 1997; 278(23):2099-2104.

Quill TE, Dresser R, Brock DW. The rule of double effect – a critique of its role in end-of-life decision making. *N Engl J Med* 1997; 337(24):1768-1771.

Rabkin JG, Wagner G, Del Bene M., O'Shea EM, Lintz KC, Penson RT, Seiden MV, Chabner BA, Lynch TJ. A staff dialogue on caring for a cancer patient who commits suicide: psychosocial issues faced by patients, their families, and caregivers. *Oncologist*. 1999;4(2):122-7.

Rapin CH. Alimentation des personnes âgées en fin de vie. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1(2):84-87.

Rees E, Hardy J. Novel consent process for research in dying patients unable to give consent. *BMJ* 2003; 327(7408):198.

Reiter-Theil S. The ethics of end-of-life decisions in the elderly: deliberations from the ECOPE study. *Best Pract Res Clin Anaesthesiol* 2003; 17(2):273-287.

Rentchnik P. Rationnement de la médecine et euthanasie. *Médecine et Hygiène* 1992;624-625.

Révelart E. «Faire dormir» les malades, une autre réponse face aux morts «difficiles» ? Point de vue d'un anesthésiste. *Ethica Clinica* 1998;11-20.

Ricou B. Qu'est ce que le rôle agonique en terme anatomo-clinique? *Bioethica forum* 2004; 40:10-12.

Ripamonti C. Obstruction intestinale maligne en phase avancée ou terminale d'une maladie cancéreuse. *European Journal of Palliative Care* 1994; 1:16-19.

Rosenfeld B. Assisted suicide, depression, and the right to die. *Psychol Public Policy Law* 2000; 6(2):467-488.

Rosselet F, Rosselet-Capt M. L'agonie: un retour aux sources. *Infokara* 2003; 18(3):149-153.

Schoevers RA, Asmus FP, Van Tilburg W. Physician-assisted suicide in psychiatry: developments in The Netherlands. *Psychiatr Serv* 1998; 49(11):1475-1480.

Schubarth, M. *Kommentar zum Schweizerischen Strafrecht*, Berne 1982

Seale C, Addington-Hall J. Euthanasia: the role of good care. *Soc Sci Med* 1995; 40(5):581-587.

Seidnitz L, Duberstein PR, Cox C, Conwell Y. Attitudes of older people toward suicide and assisted suicide: an analysis of Gallup Poll findings. *J Am Geriatr Soc* 1995; 43(9):993-998.

Shah N, Warner J, Blizard B, King M. National survey of UK psychiatrists' attitudes to euthanasia. *Lancet* 1998; 352(9137):1360.

Sicard D. Problèmes éthiques posés par la mort des vieillards. *Actualité et dossier en santé publique* 1999;(28):57-58.

Silveira MJ. When is deactivation of artificial pacing and AICD illegal, immoral, and unethical? *Am J Geriatr Cardiol* 2003; 12(4):275-276.

Simeone I. Quando si perde il gusto della vita. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 1997;74-77.

Sklansky M. Neonatal euthanasia: moral considerations and criminal liability. *J Med Ethics* 2001; 27(1):5-11.

Snyder L, Sulmasy DP. Physician-assisted suicide. *Ann Intern Med* 2001; 135(3):209-216.

Sobel J. Assistance au décès. *Médecine et Hygiène* 1999;(2260):1338-1341.

Sobel J. La «bonne mort», un idéal à notre portée. *Médecine et Hygiène* 2003;(2442):1331.

- Solignac M. La médecine et la fin de la vie. *Presse Med* 2004; 33(6):419–423.
- Sprung CL, Cohen SL, Sjøkvist P, Baras M, Bulow HH, Hovilehto S et al. End-of-life practices in European intensive care units: the Ethicus Study. *JAMA* 2003; 290(6):790–797.
- Stauch M. Causal authorship and the equality principle: a defence of the acts/omissions distinction in euthanasia. *J Med Ethics* 2000; 26(4):237–241.
- Stiefel F, Neuenschwander H. Euthanasie: La position de la Société suisse de médecine et de soins palliatifs. *Krankenpflege = Soins infirmiers* 2001;(10):68–69.
- Stratenwerth G. / Jenny G. *Schweizerisches Strafrecht*, 6e éd., Berne 2003
- Street K, Henderson J. The distinction between withdrawing life sustaining treatment under the influence of paralyzing agents and euthanasia: ethical debate. *B M J* 2001; 323(7309):388–391.
- Sukol RB. Building on a tradition of ethical consideration of the dead. *Human Pathology* 1995; 26(7):700–705.
- Sullivan AD, Hedberg K, Hopkins D. Legalized physician-assisted suicide in Oregon, 1998–2000. *N Engl J Med* 2001; 344(8):605–607.
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, Welch LC, Wetle T, Shield R et al. Family perspectives on end-of-life care at the last place of care. *JAMA* 2004; 291(1):88–93.
- Terrenoire G. *Vivre et mourir aujourd'hui, Mieux mourir aujourd'hui, Des situations aux limites: l'euthanasie en débat, engagement solidaire et exception d'euthanasie*. 2000.
- Tur RH. Just how unlawful is «euthanasia»? *J Appl Philos* 2002; 19(3):219–232.
- Vallotton M, Stauffacher W. Développement des «soins palliatifs»: direction claire et limites pour l'assistance médicale au suicide. *Bulletin des médecins suisses* 2004; 85(6):254.
- van Delden JJ. Slippery slopes in flat countries – a response. *J Med Ethics* 1999; 25(1):22–24.
- van der Heide A, Deliens L, Faisst K, Nilstun T, Norup M, Paci E et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *Lancet* 2003; 362(9381):345–350.
- van der Maas PJ, van der Wal G, Haverkate I, de Graaff CL, Kester JG, Onwuteaka-Philipsen BD et al. Euthanasia, physician-assisted suicide, and other medical practices involving the end of life in the Netherlands, 1990–1995. *N Engl J Med* 1996; 335(22):1699–1705.
- Veldink JH, Wokke JH, van der Wal G, Vianney de Jong JM, van den Berg LH. Euthanasia and physician-assisted suicide among patients with amyotrophic lateral sclerosis in the Netherlands. *N Engl J Med* 2002; 346(21):1638–1644.
- Vervoort S, Taks J, van den Heuvel I, Vos B. Euthanasie: quel rôle pour les soignants? *Krankenpflege = Soins infirmiers* 2001;(10):64–69.
- Viallard ML. Tuer n'est pas soigner: euthanasie, assistance au suicide, comment sortir de l'excès de verbalité informative pour entrer dans une vérité humaine? *Médecine palliative* 2003;(2):51–53.
- Vincent JL. Cultural differences in end-of-life care. *Crit Care Med* 2001; 29(2 Suppl):N52–N55.
- Vincent JL. Ethical principles in end-of-life decisions in different European countries. *Swiss Med Wkly* 2004; 134:65–68.
- Vincent JL. European attitudes towards ethical problems in intensive care medicine: results of an ethical questionnaire. *Intensive Care Med* 1990; 16(4):256–264.
- Vincent JL. Forgoing life support in western European intensive care units: the results of an ethical questionnaire. *Crit Care Med* 1999; 27(8):1626–1633.
- Wilson KG, Scott JF, Graham ID, Kozak JF, Chater S, Viola RA et al. Attitudes of terminally ill patients toward euthanasia and physician-assisted suicide. *Arch Intern Med* 2000; 160(16):2454–2460.
- Winter B, Cohen S. Withdrawal of treatment. *B M J* 1999; 319:306–308.
- Wittwer H. Über Kants Verbot der Selbsttötung. *Kant-Studien* 2001; 92(2):180–209.
- Zimmermann-Acklin M. Tâches, possibilités et limites de la prise en charge des patients en fin de vie. *Bulletin des médecins suisses* 2004; 85(6):292–293.
- Zinn C. Australian doctors renew battle over euthanasia. *BMJ* 1996; 312(7044):1437.
- Zürcher E. *Bibliographie und kritische Materialien zu den Entwürfen eines schweizerischen Strafbuchgesetzes*, Bern 192 ???

Libri

- Ackermann JB (Hg.), *Strafrecht als Herausforderung*, Zurich 1999
- Ankermann E. *Sterben zulassen. Selbstbestimmung und ärztliche Hilfe am Ende des Lebens*. München: Reinhardt 2004.
- Von Aquin T. *Summa theologiae, I Ia–IIaæ, Q. 64, A. 5* (édition française: *Somme théologique*, Paris: Ed. du Cerf 1984)
- Aristoteles: *Nikomachische Ethik*. Dt.: Aristoteles: *Werke*, Bd 6. Grumach E (Hg.), übers. v. Dirlmeier F. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1956
- Arnim (von) (Hg.), *J. Stoicorum Veterum Fragmenta*, vol. III, Stuttgart: Teubner Verlag 1978
- Augustinus: *De Civitate Dei*; Dt.: *Gottesstaat* (Bibliothek der Kirchenväter). Kempten – München: Kösel 1911
- Battin, M. (Hg.) *The least Worst Death*, Oxford: Oxford University Press 1994
- Baumann-Hölzle R et al. (Hg.): *Lebenserhaltung um jeden Preis. Entscheidungsfindung in der Intensivmedizin*. Bern: Lang 2005
- Birnbacher D. *Selbstmord und Selbstmordverhütung aus ethischer Sicht*, in: Leist A. (Hg.): *Um Leben und Tod*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp 1990, S. 395 – 422.
- Brock, D.W. (Hg.) *Life and death. Philosophical essays in biomedical ethics*, Cambridge: Cambridge University Press 1993
- Brudermüller G. / Marx W. / Schüttauf K., *Suizid und Sterbehilfe*, Würzburg: Königshausen & Neumann, 2003
- Charlesworth M. *Leben und sterben lassen: Bioethik in der liberalen Gesellschaft*. Hamburg: Rotbuch 1997
- Clerc F. *Cours élémentaires sur le code pénal suisse, Partie spéciale*, 2 vol., Lausanne: Roth F (Hg.) 1943–1945
- Doucet H. *Les promesses du crépuscule*, Genève: Labor et Fides 1998
- Dworkin R. *Die Grenzen des Lebens: Abtreibung, Euthanasie und persönliche Freiheit*. Reinbeck b. Hamburg 1994
- Dworkin G, Frey R.G., Bok S. *Euthanasia and Physician-Assisted Suicide. For and Against*. Cambridge: Cambridge University Press 1998
- Durkheim E. *Le suicide: étude de sociologie*. Les Presses universitaires de France, Paris, 1991
- Guillod O. *Le consentement éclairé du patient*. Neuenburg: Idées et Calendes 1986
- Hafer E. *Schweizerisches Strafrecht, Besonderer Teil, Première Partie*, Berlin: Springer 1937
- Heusser P, Riggenbach B. *Sterbebegleitung, Sterbehilfe, Euthanasie. Die aktuelle Problematik aus anthroposophisch-medizinischer Sicht*. Bern etc.: Haupt 2003
- Holderegger, A. (Hg.), *Das medizinisch assistierte Sterben*, Freiburg i. Üe./Freiburg i. Br.: Universitätsverlag/Herder Verlag 1999

Holderegger A. (Hg.) Suizid – Leben und Tod im Widerstreit, Freiburg i.Üe.: Paulusverlag 2000

van Hooff A.J.L. From Autothanasia to suicide: self-killing in Classical Antiquity. London/New York: Routledge 1990

Hume D. Über Selbstmord, in: ders.: Die Naturgeschichte der Religion (Philosophische Bibliothek 341). Kreimendahl L (Hg.), Hamburg: Meiner 1984

Kant I : Die Metaphysik der Sitten. Werkausgabe Bd. VIII . Hg. Wilhelm Weischedel, Frankfurt a.M. 1991

Kass L.R. Toward a More Natural Science, New York: The free Press 1985

Laufs A. / Uhlenbruck W. (Hg.), Handbuch des Arztrechts, 2e éd., Munich 1999

Logoz P. Commentaire du Code pénal suisse, partie spéciale, tome 1, Neuchâtel/Paris: Delachaux et Niestlé 1955

Marra R. Suicidio, diritto e anomia: immagini della morte volontaria nella civiltà occidentale. Napoli: Edizioni Scientifiche italiane 1987

Mettner M. (Hg.), Wie menschenwürdig sterben?, Zürich: NZZ Buchverlag 2000

Mettner M et al. (Hg.): Wie ich sterben will. Autonomie, Abhängigkeit und Selbstverantwortung am Lebensende. Beiträge zur Debatte um die Sterbehilfe und Suizidbeihilfe. Zürich: NZZ Buchverlag, 2003

Minois G. Geschichte des Selbstmords. Düsseldorf/Zürich: Artemis & Winkler 1996

De Montaigne M. Essais. 1. Buch, 20. Kapitel. Übers. v. Stilet H., Frankfurt a. M.1998

De Montaigne M. Die Essais und das Reisetagebuch. Leipzig 1934

Moreno J D. (Hg.), Arguing Euthanasia, New York: Touchstone 1995

Nussbaum A. Right to die: Die rechtliche Problematik der Sterbehilfe in den USA und ihre Bedeutung für die Reformdiskussion in Deutschland, Berlin: Duncker & Humblot 2000

Pellegrino E.D. Humanism and the Physician, Knoxville Ten.: The University of Tennessee Press 1979

Peter H-B./Mösl P (Hg.): Suizid ...? Aus dem Schatten eines Tabus. Zürich: Theologischer Verlag Zürich 2003

Petermann F.T. Der Entwurf eines Gesetzes zur Suizid-Prävention. Aktuelle Juristische Praxis AJP/PJA 9 (2004): 1111-1138.

Platon. Phaidon; Dt.: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 3. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974

Platon. Die Gesetze; Dt: Platon: Sämtliche Werke, Bd. 7. Eingel. v. Gigon O. Zürich – München: Artemis 1974

Rehberg, J. / Schmid, N. / Donatsch, A. Strafrecht III, 8e éd., Zurich: Schulthess 2003

Reichlin, M. L'etica della buona morte, Torino: Ed. di Comunità 2000

Schwank A, Spöndlin R (Hg.). Vom Recht zu sterben zur Pflicht zu sterben? Beiträge zur Euthanasiedebatte in der Schweiz. Zürich : Edition 8, 2001

Seneca, L. A. Philosophische Schriften, Bd. 3 und 4. An Lucilius. Briefe über Ethik. Rosenbach M (Hg). Lateinisch und Deutsch. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft 1974 und 1984

Singer P. Rethinking Life and Death, Oxford: Oxford University Press 1995

Stooss C. Schweizerisches Strafgesetzbuch: Vorentwurf mit Motiven. Bern: Stämpfli 1894

Taupitz J. (Hg.), Zivilrechtliche Regelungen zur Absicherung der Patientenautonomie am Ende des Lebens: eine internationale Dokumentation/Regulations of civil law to safeguard the autonomy of patients at the end of their life: an international documentation. Berlin/Heidelberg/New York: Springer 2000

Wiesing U. Ethik in der Medizin, 2000

Wils J.P. Sterben. Zur Ethik der Euthanasie. Paderborn: Schöningh 1999

Wittwer C.H. Selbsttötung als philosophisches Problem. Über die Rationalität und Moralität des Suizids. Paderborn: Mentis 2003

Zimmermann-Acklin M. Euthanasie. Eine theologisch-ethische Untersuchung. Freiburg/Freiburg: Universitätsverlag/Herder 2. Aufl. 2002.

Persona di contatto:

Csongor Kozma, segretario NEK-CNE
c/o Ufficio federale della sanità pubblica, 3003 Berna
Tel. +41 31 324 93 65
Fax +41 31 322 62 33
csongor.kozma@bag.admin.ch
www.nek-cne.ch