

La disciplina del suicidio assistito nell'ordinamento elvetico: il fenomeno del c.d. "suicide tourism" dall'Italia alla Svizzera

Rebecca Girani*

END-OF-LIFE REGULATION IN THE SWISS LEGAL SYSTEM: THE PHENOMENON OF SUICIDE TOURISM FROM ITALY TO SWITZERLAND

ABSTRACT: This paper aims to analyze the end-of-life regulation in the Swiss legal system in order to understand the phenomenon of suicide tourism from Italy to Switzerland. First, the Author focuses on the analysis of the Swiss regulatory sources, both at the federal and cantonal level, and of the supranational and federal case-law. Secondly, the novelties in the Italian panorama are examined. Finally, the Author focuses on the phenomenon that connects the two systems: suicide tourism, that has also spread due to the activity carried out by suicide assistance associations.

KEYWORDS: Assisted suicide; euthanasia; end-of-life decisions; criminal liability; suicide tourism; right to refuse medical treatment

ABSTRACT: Il presente contributo intende analizzare la disciplina del fine vita nell'ordinamento elvetico al fine di comprendere il fenomeno del *suicide tourism* dall'Italia alla Svizzera. In primo luogo, l'Autrice si concentra sull'esame delle fonti normative elvetiche, sia a livello federale sia a livello cantonale, e della giurisprudenza, sia della Corte EDU sia del Tribunale federale. In secondo luogo, si esaminano le novità nel panorama italiano. Infine, ci si concentra sul fenomeno che collega i due ordinamenti: il c.d. "suicide tourism", che si è diffuso anche per opera dell'attività svolta dalle associazioni di assistenza al suicidio.

PAROLE CHIAVE: suicidio assistito; eutanasia; decisioni di fine vita; responsabilità penale; diritto al rifiuto/rinuncia al trattamento sanitario

SOMMARIO: 1. Premesse – 2. La disciplina del fine vita nell'ordinamento elvetico – 2.1. La disciplina del fine vita nell'ordinamento elvetico a livello federale – 2.2. L'aiuto al suicidio: la mancata regolamentazione da parte dell'Assemblea federale e del Consiglio federale – 2.3. La disciplina del fine vita nell'ordinamento elvetico a livello cantonale – 2.4. L'Accademia Svizzera di Scienze Mediche (ASSM) – 2.5. La Commissione nazionale d'etica per la medicina umana (CNE) – 2.6. Le associazioni di assistenza al suicidio – 2.7. Le pronunce della Corte EDU – 2.8. Le sentenze del Tribunale federale – 3. Il fine vita nell'ordinamento italiano – 4. Il fenomeno del *suicide tourism* con particolare riferimento al flusso tra Italia e Svizzera.

* Assegnista di ricerca in diritto penale presso l'Università di Bologna. Mail: rebecca.girani2@unibo.it. Al fine di rispettare i criteri redazionali di questa rivista, si precisa che tutti i siti web menzionati in nota sono stati consultati, da ultimo, in data 7/9/2023. Contributo sottoposto a doppio referaggio anonimo.

1. Premesse

Il cosiddetto “*suicide tourism*” può essere interpretato come una specifica forma del più ampio fenomeno del *forum shopping*, in base al quale le persone viaggiano da un Paese ad un altro al fine di vedersi riconosciuto un diritto che il proprio ordinamento nega loro¹.

Al fine di comprendere tale fenomeno appare opportuno, in primo luogo, analizzare la disciplina dell’aiuto al suicidio in Svizzera e in Italia, anche alla luce delle recenti novità giurisprudenziali registrate in entrambi gli ordinamenti, e, successivamente, interrogarsi sulle conseguenze che il c.d. “*suicide tourism*” genera in essi².

2. La disciplina del fine vita nell’ordinamento elvetico

2.1. La disciplina del fine vita nell’ordinamento elvetico a livello federale

La disciplina svizzera sulla morte indotta è il risultato di uno sviluppo unico e le sue peculiarità sono collegate alla formulazione del contenuto delle norme penali, alla pluralità federalista dei diritti cantonali e alla giurisprudenza del Tribunale federale³. A ciò si aggiungono anche gli interventi dell’Associazione Svizzera di Scienze Mediche (ASSM)⁴, della Commissione nazionale d’etica per la medicina umana⁵ e delle associazioni di assistenza al suicidio.

Nell’ambito dell’ordinamento giuridico svizzero, la vita umana è tutelata dal momento della nascita al momento della morte della persona. In particolare, la Costituzione federale (Cost. fed.)⁶ tutela la vita all’art. 10. Inoltre, il Codice penale svizzero (CP)⁷ tutela la vita umana dalle condotte che la ledono (artt. 111-117 CP) o la mettono in pericolo (artt. 127-136 CP).

A ben vedere, non tutte le forme di morte indotta sono penalmente rilevanti nell’ordinamento giuridico svizzero. Infatti, appare utile soffermarsi sulle ipotesi contemplate dagli artt. 114 e 115 CP.

¹ Il tema del *forum shopping* in sé è indagato soprattutto nella letteratura relativa a settori dell’ordinamento diversi dal diritto penale. In generale, sul tema del turismo dei diritti, si vedano le riflessioni di S. RODOTÀ, *La vita e le regole. Tra diritto e non diritto*, Milano, 2006 e ID., *Il diritto di avere diritti*, Roma-Bari, 2012. Con specifico riferimento alla questione del *forum shopping* nel diritto penale, si vedano A. BERNARDI, *Il diritto penale tra globalizzazione e multiculturalismo*, in *Rivista italiana di diritto pubblico comunitario*, 2002, 2-3, 485 ss. e C. PONTI, *Il diritto internazionale e la criminalità organizzata*, in *Rivista di Studi e Ricerche sulla Criminalità Organizzata*, 2015, 1, 23 ss. Da ultimo, si veda l’interessante analisi del tema del *forum shopping* nell’ambito del diritto penale alimentare in E. BIRITTERI, *Salute pubblica, affidamento dei consumatori e diritto penale. Limiti e prospettive di tutela nel settore alimentare tra individuo ed ente collettivo*, Torino, 2023, 47 ss.

² Per un’analisi globale degli aspetti etici, filosofici, politici e sociologici, oltre che giuridici, sottesi al fenomeno del c.d. “*suicide tourism*”, si veda D. SPERLING, *Suicide Tourism, Understanding the Legal, Philosophical and Socio-Political Dimension*, Oxford, 2019.

³ B.S. GALETTI, *La mort provoquée. Les limitations de la réglementation légale, leurs fondements et des propositions d’alternatives*, Zurigo, 2020, 325.

⁴ Si veda l’indirizzo ufficiale <https://www.assm.ch/fr.html>.

⁵ Si veda l’indirizzo ufficiale www.nek-cne.admin.ch/it/pubblicazioni/pareri.

⁶ *Costituzione federale della Confederazione Svizzera* del 18 aprile 1999 (Cost. fed., R.S. 101).

⁷ *Codice penale svizzero* del 21 dicembre 1937 (CP, RS 311.0).

L'art. 114 CP, rubricato *Omicidio su richiesta della vittima*, statuisce che «chiunque, per motivi onorevoli, segnatamente per pietà, cagiona la morte di una persona a sua seria e insistente richiesta, è punito con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria»⁸.

A seguire, l'art. 115 CP, rubricato *Istigazione e aiuto al suicidio*, afferma che «chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria»⁹. Il primo elemento da sottolineare è che colui che viene aiutato nel suicidio deve essere capace di autodeterminarsi. In secondo luogo, dalla formulazione normativa si desume che qualunque azione volta ad agevolare il suicidio di un soggetto che vi si sia autonomamente determinato, se compiuta con motivazioni altruistiche, non solo non integra materialmente un reato, ma è pienamente lecita. In particolare, l'agente deve realizzare la propria condotta per ragioni altruistiche. Il Codice penale svizzero non dà una definizione di motivi egoistici. Spetta alla giurisprudenza e alla dottrina definire questa nozione. Si ritiene generalmente che vi sia un motivo egoistico quando l'autore agisce per ricavare dalla morte del suicida un vantaggio personale, diretto o indiretto. Questo interesse può essere materiale, affettivo o addirittura ideologico¹⁰. C'è un interesse materiale quando l'autore agisce per avidità o per profitto (ad esempio, l'autore agisce per ricevere un'eredità). C'è un interesse affettivo quando l'autore agisce per odio, vendetta, rivalità o malvagità. C'è un interesse ideologico quando l'autore agisce per promuovere le sue idee.

Infine, appare opportuno sottolineare che la disposizione penale sull'istigazione e l'aiuto delinea come soggetto attivo chiunque, cioè *tutte le persone*, a prescindere dalla professione, dalla formazione e dal coinvolgimento istituzionale. La norma lascia a tutti la libertà di offrire il proprio aiuto nell'ambito di un suicidio, a condizione che tale offerta non sia motivata da interessi personali¹¹.

2.2. L'aiuto al suicidio: la mancata regolamentazione da parte dell'Assemblea federale e del Consiglio federale

L'art. 115 CP affonda le sue radici nel tardo Ottocento e nei valori, le concezioni e le condizioni socio-economiche imperanti in quell'epoca¹². Esso costituisce il frutto di un compromesso tra i Cantoni, che presentavano regolamentazioni penali diverse al momento della redazione del Codice Penale svizze-

⁸ Il testo in lingua italiana è consultabile al seguente indirizzo ufficiale https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/it.

⁹ Il testo in lingua italiana è consultabile al seguente indirizzo ufficiale https://www.fedlex.admin.ch/eli/cc/54/757_781_799/it. In dottrina, sul tema dell'aiuto al suicidio in Svizzera, si veda la ricca bibliografia che si trova nel Commentario basilese con particolare riferimento agli studi di Christian Schwarzenegger: C. SCHWARZENEGGER, *Vor art. 111–117 CP*, in M.A. NIGGLI, H. WIPRÄCHTIGER (a cura di), *Basler Kommentar. Strafgesetzbuch II. Art. 111–401 CP*, Basilea, 2003, 64 ss.

¹⁰ Sul punto si veda B.S. GALETTI, *L'assistance au suicide organisée: Quelle place donner au droit?*, in *Sui-generis*, 2020, 76 ss. Cfr. anche G. FANTACCI, *Il suicidio assistito in Svizzera. Un abuso del codice penale*, in *Studia Bioethica*, 2010, 1-2, 76 ss.

¹¹ Sul punto si veda Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Assistenza al suicidio*, Berna, 2005, 10, disponibile al sito ufficiale . <https://bit.ly/457ffMc>

¹² Cfr. U. CASSANI, *Le droit pénal face à l'assistance au décès*, in D. BERTRAND, J.F. DUMOULIN, R. LA HARPE, M. UMMEL (a cura di), *Médecin et droit médical: présentation et résolution de situations médico-légales.*, Chêne-Bourg, 1999, 81 ss.

ro agli inizi degli anni '40 del secolo scorso¹³. La cultura giuridica e politica alla base di tale disciplina ricostruisce – almeno nella volontà originaria del Legislatore – il suicidio come un atto estremo da tollerare e non come un diritto da rivendicare¹⁴.

La pratica dell'aiuto al suicidio è rimasta occasionale e rara fino agli anni '70 – '80, momento nel quale si sono costituite alcune associazioni, che hanno proposto pubblicamente tale assistenza mediante proprie procedure interne.

Nonostante l'aiuto al suicidio abbia assunto una forma organizzata, la norma penale dell'art. 115 CP non ha subito alcuna modifica. Infatti, il Codice Penale svizzero si astiene dal predeterminare requisiti soggettivi e oggettivi e procedure di garanzia nella prestazione dell'aiuto a morire, generando il rischio di produrre una zona grigia del diritto.

A livello federale, l'Assemblea federale ha rinunciato a predefinire le procedure da seguire per l'assistenza al suicidio¹⁵.

A tal proposito, si può ricordare che l'art. 115 CP non è stato modificato in occasione della revisione del 1989 delle norme concernenti i delitti contro la vita. Successivamente, si sono accumulati numerosi – e disomogenei – interventi in seno all'Assemblea federale che, tuttavia, non hanno avuto esito. In particolare, nel 1996 venne presentata la mozione Ruffy (Mozione Ruffy, 94.3370 del 28.9.1994), i cui contenuti furono ripresi dall'iniziativa parlamentare Cavalli (presentata il 27.9.2000 in Consiglio nazionale), con cui si intendeva inserire una clausola di depenalizzazione all'art. 114 CP. Poco dopo, fu presentata l'iniziativa Vallender (Iniziativa Vallender, 01.407 del 14.3.2001) con cui si voleva escludere la facoltà per il medico di prestare assistenza al suicidio ad un proprio paziente. Seguì un'ulteriore mozione (Mozione Zäch, 01.3523 del 3.10.2001), con cui si formulò la richiesta al Consiglio federale di intervenire elaborando norme attinenti all'eutanasia. Tuttavia, il Consiglio federale si limitò a subordinare il proprio intervento all'esito della discussione parlamentare sulle iniziative appena menzionate. Ancora, due nuove mozioni si aggiunsero alle proposte richiamate: la Mozione Vallender (02.3500 del 30.9.2002), con cui si chiedeva di regolamentare restrittivamente il rischio di abusi in questo contesto, e la Mozione Baumann (02.3623 del 4.10.2002) con cui si proponeva addirittura di eliminare l'elemento costitutivo dei «motivi egoistici», generando il radicale sovvertimento dell'assetto legislativo vigente, sì da rendere punibile senza eccezioni qualsiasi forma di assistenza al suicidio. Da ultimo, si è registrata l'iniziativa 17.315 del Cantone di Neuchâtel, con lo scopo di regolamentare l'intervento delle organizzazioni di assistenza al suicidio.

Ancora, a livello federale, il Consiglio federale ha più volte ribadito che la Svizzera prevede una legislazione liberale in materia di assistenza al suicidio, in base alla quale vige il divieto assoluto di uccidere (art. 111 CP e art. 114 CP) e la punibilità dell'aiuto al suicidio esclusivamente in presenza di motivi egoistici (art. 115 CP).

¹³ A. PEDRAZZINI, *L'omicidio del consenziente e il suicidio nel diritto penale contemporaneo con particolare riguardo al Codice Penale Svizzero*, Locarno, 1949.

¹⁴ A. BONDOLFI, *Il suicidio assistito in Svizzera: ultimi sviluppi e scenari per il prossimo avvenire*, in *L'Arco di Giano*, 95, 2018, 65 ss.

¹⁵ Sulla difficoltà (o mancanza di volontà) di regolamentare per via legislativa l'assistenza al suicidio in generale cfr. A. BARAGGIA, *L'assistenza organizzata al suicidio in Svizzera: verso una regolamentazione?*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2010, 367 ss.

In particolare, il Consiglio federale ha sottolineato, in più occasioni, che non sono necessarie regolamentazioni dell'attività delle organizzazioni che statutariamente perseguono lo scopo di favorire e di promuovere l'assistenza al suicidio¹⁶.

Nel 2005 il Consiglio federale ha evidenziato che la competenza della Confederazione è limitata nel settore dell'aiuto al suicidio. Infatti, il suicidio non costituisce una malattia ai sensi dell'art. 118 cpv. 2 lett. b) della Costituzione federale. La competenza legislativa a livello federale potrebbe, eventualmente, essere dedotta solo nell'ambito degli stupefacenti (art. 118, cpv. 2, lett. a), Cost. fed.) e nel settore della ricerca scientifica (art. 64 Cost. fed.)¹⁷.

Ancora, appare opportuno ricordare che nel 2008 il Dipartimento federale di giustizia e polizia, su incarico del Consiglio federale, ha formulato alcune proposte finalizzate a disciplinare le forme di aiuto al suicidio, tra cui l'ipotesi di prevedere una regolazione delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Tuttavia, all'esito della procedura di consultazione, si è rivelato impossibile redigere un testo più soddisfacente della normativa tuttora vigente, che si basa sulla volontà dell'interessato e sul divieto del motivo egoistico in materia di suicidio assistito. In particolare, nel rapporto del 2011 intitolato *Cure palliative, prevenzione del suicidio e assistenza organizzata al suicidio*¹⁸, il Consiglio federale ha confermato la scelta di non proporre interventi normativi in materia, insistendo comunque sulla necessità di perseguire una strategia in materia di cure palliative¹⁹. Inoltre, ha ricordato il «ruolo importan-

¹⁶ M. BORCHI, *L'art. 115 CP fra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione*, in *Rivista ticinese di Diritto*, 1, 2005, 555 ss. L'A. evidenzia che in occasione della Risposta del Consiglio federale del 28 febbraio 2001 a Vallender, *Euthanasie. Nouvelle réglementation de la ville de Zurich* (intervento 27.11.2000), il Consiglio federale ha laconicamente risposto: «Les organisations qui pratiquent en Suisse l'assistance au suicide ont la forme juridique d'association à but non lucratif. Leur organisation interne relève du droit civil (art. 60 ss CC). Ces associations reconnaissent le droit à l'autodétermination de l'être humain en ce qui concerne sa vie et sa mort et proposent à leurs membres une aide dans l'exercice de ce droit ainsi que l'assistance au suicide. Tant que l'activité de ces organisations se déroule dans le respect des lois en vigueur, l'Etat n'a pas de raison d'intervenir».

¹⁷ Sul punto si veda Ufficio federale della sanità pubblica, *Rapporto adottato in risposta al postulato Widmer [02.3251]*, aprile 2005.

¹⁸ Rapporto del Consiglio federale, *Cure palliative, prevenzione del suicidio e assistenza organizzata al suicidio*, giugno 2011.

¹⁹ Sul tema delle cure palliative anche in Svizzera, al pari di quanto accaduto negli altri ordinamenti europei nell'ambito delle discussioni sul fine vita, si è sottolineato il fondamentale ruolo rivestito dalle cure palliative: l'assistenza al suicidio non deve essere la conseguenza di carenze nell'offerta di cure palliative adeguate. A tal proposito la Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative ha sottolineato come l'esperienza pratica dimostri che il desiderio della morte è spesso l'espressione di una penosa situazione fisica o psichica dovuta al dolore, alla dispnea, all'umore depressivo o a conflitti familiari. L'esperienza clinica e gli studi scientifici dimostrano che, con l'applicazione di trattamenti specialistici, le richieste di eutanasia attiva diretta o di assistenza al suicidio sono, in generale, fenomeni transitori. Sul punto, si veda Società svizzera di medicina e cure palliative, *Standard di qualità: principi e direttive per la pratica della medicina e delle cure palliative in Svizzera*, 2001. Ancora, nel rapporto *Migliorare l'assistenza e il trattamento delle persone al termine del loro vita*, il Consiglio federale ha affermato la necessità di rafforzare le cure palliative in quanto è questa la migliore alternativa che si può offrire alle persone tentate di ricorrere al suicidio assistito. Sul punto si veda Dipartimento federale dell'Interno, *Migliorare l'assistenza e il trattamento delle persone al termine del loro vita*, 2020. In generale, sul tema delle cure palliative, si vedano M. BORCHI, *L'art. 115 CP fra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione*, cit., 555 ss; P. GUÉX, *La maladie terminale*, in ID. (a cura di), *Psychologie et Cancer, Manuel de psycho-oncologie*, Losanna, 1989, 131 ss.; C. OWEN, C. TENNAT, J. LEVI, M. JONES, *Suicide and euthanasia: patient attitudes in the context of cancer*, in *Psycho-Oncology*, 1, 1992, 79 ss; F. STIEFEL, *Sterbewunsch*,

te» delle regole etiche emanate dall'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM) e dalla Federazione dei medici svizzeri (FMH).

Nel 2016 il Consiglio federale ha ribadito che l'aiuto al suicidio viene prestato a pazienti intenzionati a morire e nei limiti imposti alla prescrizione medica della sostanza letale (pentobarbital di sodio) dalle disposizioni del Codice Penale (CP), dalla Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope (LStup, RS 812.121)²⁰ e da quella sui medicinali e sui dispositivi medici (LAter, RS 812.21)²¹, come pure dalle direttive deontologiche del corpo medico redatte dall'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM). Il Consiglio federale, dunque, continua a ritenere che le possibilità legali, se applicate in maniera corretta e sistematica, sono sufficienti a prevenire e neutralizzare gli abusi, anche nel caso di persone domiciliate all'estero, non ritenendo pertanto necessario legiferare²².

2.3. La disciplina del fine vita nell'ordinamento elvetico a livello cantonale

A livello cantonale, sul tema dell'aiuto al suicidio, il Legislatore cantonale ha una competenza che deriva, da un lato, dalle attribuzioni cantonali originarie di diritto pubblico, con riferimento al settore sanitario, a quello assistenziale e ai compiti di polizia e prevenzione della criminalità, dall'altro, dalla necessità di non ostacolare l'applicazione del diritto penale federale²³.

Consapevoli della propria competenza solo in determinati ambiti, molti Cantoni hanno cercato, mediante legislazioni loro proprie, di regolamentare la pratica del suicidio assistito con specifico riferimento alla realizzabilità dello stesso negli istituti di cura.

A tal proposito, il Canton Vaud ha introdotto nel 2013 una legge *ad hoc* che regola i presupposti dell'attuazione dell'aiuto al suicidio negli ospedali e nelle case di cura pubblici²⁴. Il Canton Neuchâtel ha regolato l'accesso nelle case di riposo attraverso un'aggiunta alla legge sulla salute²⁵. In particolare, il 24 novembre 2014 il Gran Consiglio del Canton Neuchâtel ha accolto una revisione legislativa che prevede la possibilità per l'anziano degente in una casa per anziani medicalizzata di poter benefi-

Suizidgedanken, Suizid und aktive Euthanasie bei Krebskranken mit fortgeschrittenem Leiden, in M. METTNER (a cura di) *Wie Menschenwürdig Sterben?: Zur Debatte Um Die Sterbehilfe Und Zur Praxis Der Sterbebegleitung*, Zurigo, 2000, 29 ss.

²⁰ Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope del 3 ottobre 1951 (Legge sugli stupefacenti, LStup, RS 812.121). Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale www.fedlex.admin.ch.

²¹ Legge federale sui medicinali e sui dispositivi medici dell'1 gennaio 2002 (Legge sugli agenti terapeutici, LAter, RS 812.21). Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale www.fedlex.admin.ch.

²² Parere del Consiglio federale del 22 giugno 2016 in risposta all'interpellanza 16.3302 depositata da Lohr Christian il 27 aprile 2016. In dottrina, sul punto, si vedano K. GAVELA, *Ärztlich assistierter Suizid und organisierte Sterbehilfe*, Heidelberg, 2013; S. HAUSSENER, *Entscheidungen am Lebensende im Spannungsfeld zwischen Selbst- und Fremdbestimmung, Patientenwillen und -wohl. Eine kritische Analyse von Rechtslage und medizinischer Praxis*, in *Jusletter*, 2017, 1 ss.; K.P. RIPPE, *Suizidhilfe, Selbstbestimmung und Slippery Slopes. Rechtsphilosophische Überlegungen zur Geltung und zur Relevanz von Dambruchargumenten*, in *Archiv für Rechts- und Sozialphilosophie*, 3, 2016, 363 ss.

²³ M. BORGHI, *L'art. 115 CP fra rispetto dell'autonomia individuale e esigenza di regolamentazione*, cit., 555 ss. In generale, sugli interventi cantonali si veda B.S. GALETTI, *La mort provoquée. Les limitations de la réglementation légale, leurs fondements et des propositions d'alternatives*, cit., 540.

²⁴ Cfr. <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et-handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients-des-residents-et-des-personnes-en-situation-de-handicap/assistance-au-suicide>.

²⁵ Cfr. http://www.ne.ch/autorites/GC/objets/Documents/Rapports/2014/13141_com.pdf.

ciare dell'aiuto al suicidio entro le mura della stessa struttura. Il personale curante delle case per anziani non sarà però tenuto a intervenire direttamente né ad assistere alla morte del suicida, che dovrà in ogni caso essere capace di discernimento. La struttura dovrà solo mettere a disposizione una camera: spetterà poi a un'associazione di accompagnamento alla morte prendere in carico l'individuo. Infine, il Canton Ginevra ha adottato nel 2018 una legge che consente ad ogni ospite di una struttura socio-sanitaria o paziente di istituti ospedalieri privati o pubblici di beneficiare dell'aiuto al suicidio²⁶. Una commissione di sorveglianza appositamente costituita può essere chiamata a pronunciarsi quando vi siano dubbi circa la libertà decisionale o la capacità di discernimento della persona che desidera un'assistenza al suicidio.

2.4. L'Accademia Svizzera di Scienze Mediche (ASSM)

Come anticipato, il Codice Penale svizzero si astiene dal predeterminare requisiti oggettivi e procedure di garanzia nella prestazione dell'aiuto a morire. Dunque, tali limiti sono stati definiti dagli organi della deontologia medica, che hanno assunto e tuttora assolvono a una funzione di regolazione. Si tratta dell'Accademia Svizzera di Scienze Mediche (ASSM) e della Commissione nazionale d'etica per la medicina umana (CNE). A questi organismi si aggiungono le associazioni di assistenza al suicidio. L'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, fondata nel 1943, svolge la funzione di autoregolamentazione attraverso l'elaborazione di direttive in merito a diverse questioni etiche²⁷.

L'ASSM ha pubblicato nel 2004 le direttive medico-etiche *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*²⁸, che sono state incorporate nel Codice deontologico della Federazione dei medici svizzeri (FMH), divenendo, quindi, vincolanti per tutti i medici praticanti in Svizzera. Esse hanno come scopo quello di indicare i compiti, le possibilità e i limiti del medico che cura il paziente nell'ambito del fine vita.

In tali direttive l'ASSM evidenzia che «secondo l'art. 115 del Codice penale, l'assistenza al suicidio non è punibile quando avviene in assenza di motivi egoistici. Questo principio è applicabile a *tutte le persone*»²⁹. Infatti, ai sensi dell'art. 115 CP, il soggetto attivo *non* deve necessariamente essere un *operatore sanitario*.

Nel caso in cui la richiesta di aiuto al suicidio sia rivolta ad un medico, l'ASSM sottolinea che, da un lato, l'assistenza al suicidio non costituisce un dovere del medico, poiché è contraria agli obiettivi della medicina, dall'altro, nella relazione tra medico e paziente assume un rilievo centrale il rispetto della volontà del paziente.

²⁶ Cfr. <https://ge.ch/grandconseil/data/loisvotee/L11870.pdf>.

²⁷ Si veda l'indirizzo ufficiale <https://www.assm.ch/fr.html>.

²⁸ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*, Berna, 2004. L'originaria versione è stata approvata nel 2004. Successivamente, nel corso del 2012, le direttive in questione sono state adeguate alla situazione giuridica vigente in Svizzera a partire dal 1° gennaio 2013 in merito al diritto di protezione degli adulti. Il testo definitivo è consultabile all'indirizzo [https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/site-comec/raccomandazioni-ASSM/Assistenza-delle-pazienti-e-dei-pazienti-terminali--2013-/Assistenza%20delle%20pazienti%20e%20dei%20pazienti%20terminali%20\(2013\).pdf](https://www.eoc.ch/dms/site-eoc/site-comec/raccomandazioni-ASSM/Assistenza-delle-pazienti-e-dei-pazienti-terminali--2013-/Assistenza%20delle%20pazienti%20e%20dei%20pazienti%20terminali%20(2013).pdf).

²⁹ Corsivo aggiunto. Nel corpo del testo è riportata tra virgolette la traduzione ufficiale in lingua italiana. Sul punto, si veda Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*, Berna, 2004, 9.

Dunque, dopo aver affermato in modo esplicito che il medico ha il diritto di rifiutare l'assistenza al suicidio, l'ASSM ammette che, in circostanze eccezionali, il medico possa decidere di assistere il paziente nel suicidio. In tal caso, si impone all'operatore sanitario di verificare il rispetto delle seguenti condizioni: «la malattia di cui soffre il paziente legittima la supposizione del suo decesso imminente»; i trattamenti alternativi «sono stati proposti e, se accettati dal paziente, adottati»; il paziente è capace di intendere e di volere e «ha riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte»; questo desiderio non è il risultato di pressioni esterne ed è persistente.

L'ASSM sottolinea, infine, che «l'ultimo gesto del processo che porta alla morte deve in ogni caso essere compiuto dal paziente stesso». Infatti, al richiedente è imposto di compiere personalmente il gesto finale, ingerendo o iniettando da sé il farmaco letale, per il quale è, tra l'altro, richiesta la prescrizione medica conformemente a quanto previsto dalla LStup³⁰.

Come indicato nel Preambolo alle direttive medico-etiche *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*, le linee guida richiamate si applicano esclusivamente ai pazienti terminali. Per identificare un soggetto in tale situazione, sulla base dei sintomi clinici, il personale medico deve arrivare alla conclusione che sia iniziato il processo che porterebbe alla morte in un arco di tempo limitato a pochi giorni o a poche settimane.

Successivamente, a maggio 2015 la Commissione centrale di etica dell'ASSM ha incaricato una sotto-commissione di rielaborare le direttive *Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali*.

Nel 2018 l'ASSM ha approvato le nuove direttive medico-etiche *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*³¹. In particolare, nell'ambito della revisione è stata presa in considerazione l'ipotesi di richiesta di aiuto al suicidio proveniente non solo dal paziente terminale, ma anche dal paziente la cui morte non è ancora imminente.

Si ribadisce chiaramente che l'assistenza al suicidio «non è un atto medico in relazione al quale i pazienti potrebbero avanzare una pretesa, ma è un atto ammissibile dal punto di vista giuridico»³².

In base alle direttive del 2018, il medico deve verificare i seguenti cinque presupposti:

- «1) il paziente è capace di discernimento in relazione al suicidio assistito. Il medico deve documentare di aver escluso scrupolosamente un'incapacità di discernimento. In caso di malattia psichica, demenza o un altro stato frequentemente associato a un'incapacità di discernimento, la capacità di discernimento è stata valutata da un medico specialista;
- 2) il desiderio di porre fine alla propria vita è ben ponderato, persistente e non influenzato da pressioni esterne. Se si sospetta un rapporto di dipendenza problematico, è stata valutata con attenzione la possibile influenza che questo esercita sul desiderio di suicidio;
- 3) i sintomi della malattia e/o le limitazioni funzionali del paziente gli causano una *sofferenza insopportabile*;

³⁰ Legge federale sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope del 3 ottobre 1951 (Legge sugli stupefacenti, LStup, RS 812.121). Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale www.fedlex.admin.ch.

³¹ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*, Berna, 2018. Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://www.assm.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>.

³² Accademia Svizzera della Scienza Mediche (ASSM), *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*, cit., 25.

4) si sono cercate opzioni terapeutiche indicate nonché altre soluzioni di aiuto e sostegno, ma sono risultate inefficaci o sono state rifiutate come inaccettabili dal paziente capace di discernimento a tale riguardo;

5) sulla base dell'anamnesi e dei ripetuti colloqui, il medico ritiene *comprensibile* il desiderio del paziente di porre fine alla propria vita in questa situazione di sofferenza insopportabile e quindi è per lui accettabile fornire, in questo caso concreto, un'assistenza al suicidio»³³.

Dalle direttive elaborate nel 2018 è emersa la posizione assunta dall'ASSM, in base alla quale si è tentato di sostituire il criterio dell'imminenza della morte con quello più ampio della *sofferenza insopportabile*, anche solo psicologica.

Tale apertura è stata bocciata dalla Federazione dei Medici Svizzeri (FMH), per il timore che l'abbandono di criteri oggettivi e il riferimento alla sofferenza insopportabile aumentasse il rischio di abusi e la compromissione della professione medica con attività a scopo prettamente commerciale. Infatti, il documento dell'ASSM del 2018 è stato criticato dalla FMH, che – per la prima volta – ha deciso di non allegare le direttive al proprio codice etico, come accade tradizionalmente³⁴.

Successivamente, nel 2021, le direttive medico-etiche dell'ASSM *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso* sono state oggetto di alcune modifiche con riferimento ai paragrafi 6.2. e 6.2.1., inerenti all'assistenza al suicidio³⁵. In base alla novella recentemente intervenuta, nel caso in cui l'aiuto al suicidio sia fornito dal medico, quest'ultimo è tenuto a verificare alcuni requisiti: la capacità di discernimento, la volontà autonoma, la *sofferenza grave* e la presa in considerazione di alternative.

Con riferimento al primo criterio, il paziente deve essere capace di discernimento in relazione al suicidio assistito³⁶. Il medico deve documentare di aver escluso scrupolosamente un'incapacità del soggetto. In caso di malattia psichica, demenza o altro stato associabile a un'incapacità, è necessaria la valutazione di un medico specialista³⁷; se il desiderio di suicidio è «un sintomo attuale di una malattia psichica, il medico non può prestare aiuto per realizzarlo, bensì deve offrire al paziente di sottoporsi a un trattamento idoneo per la malattia»³⁸.

Il secondo requisito è la volontà autonoma. Si è precisato che per appurare il sussistere della volontà autonoma di porre fine alla propria vita, salvo casi eccezionali sufficientemente motivati, il medico deve svolgere con il paziente almeno due colloqui approfonditi a distanza di un minimo di due setti-

³³ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*, cit., 26. Corsivo aggiunto.

³⁴ T. GÄCHTER, T.X. TRUONG, *Die Rolle der Ärzteschaft in der Sterbehilfe, insbesondere bei der Verschreibung von Natrium-Pentobarbital*, in *Praxis*, 3, 2019, 193 ss.; F. TEICHMANN, M. CAMPRUBI, *Baustelle Suizidhilfe: Herausforderungen für den Gesetzgeber und die Justiz*, in *Pflegerecht*, 1, 2020, 22 ss.

³⁵ Il testo aggiornato, approvato con delibera del Senato dell'ASSM in data 25 novembre 2021, è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://www.assm.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>.

³⁶ Il medico è tenuto a valutare tale capacità seguendo le direttive dell'ASSM sul punto. In particolare si veda Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *La capacità di discernimento nella prassi medica*, Berna, 2019. Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale <https://www.assm.ch/fr/Publications/Directives/Direttive-medico-etiche.html>.

³⁷ In particolare, nel 2006 il Tribunale federale ha deciso che nel caso dei malati psichici è necessaria una perizia psichiatrica approfondita (DTF 133 I 58, inerente al fatto da cui è scaturita la sentenza della Corte EDU Haas c. Svizzera). Sulla giurisprudenza della Corte EDU e del Tribunale federale, si vedano i parr. 2.7 e 2.8.

³⁸ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*, Berna, 2018, testo con modifiche approvate nel 2021, 26.

mane l'uno dall'altro. Il desiderio di porre fine alla propria vita deve essere ben ponderato, persistente e non influenzato da pressioni esterne. Se si sospetta un rapporto di dipendenza problematico, ad esempio una situazione di cura problematica, difficoltà finanziaria o simili, deve essere valutata con attenzione la possibile influenza che questo rapporto esercita sul desiderio di suicidio.

Inoltre, il medico deve verificare che i sintomi della malattia e/o le limitazioni funzionali del paziente siano «*gravi, in base a una diagnosi e una prognosi del caso concreto, e causino una sofferenza insopportabile*»³⁹.

Sulla base dell'anamnesi e dei ripetuti colloqui, il desiderio del paziente di porre fine alla propria vita in questa situazione di dolore intollerabile deve risultare «comprensibile»⁴⁰. Come emerge chiaramente dalle direttive:

«poiché una sofferenza insopportabile non è oggettivamente verificabile, non si può richiedere al medico di constatarla. Questo deve però documentare di essersi impegnato con un'attenzione e una diligenza sufficiente a conoscere la situazione personale concreta del paziente in misura tale da averne compreso il carattere di intollerabilità. Una mera motivazione astratta in base a una diagnosi non è sufficiente, può però essere utilizzata a supporto di questa valutazione, in particolare modo tramite la documentazione del relativo decorso e la descrizione della situazione personale»⁴¹.

Infine, il medico deve proporre altre opzioni terapeutiche nonché altre soluzioni di aiuto e sostegno, e queste devono essersi rivelate inefficaci o devono essere rifiutate come inaccettabili dal paziente capace di discernimento a tale riguardo.

In seguito all'adozione delle menzionate precisazioni, che hanno reso meno vaghe le espressioni utilizzate nella prima versione, a maggio 2022 la FMH ha approvato la revisione delle direttive che sono state dunque inserite nel codice deontologico della Federazione, divenendo vincolanti per tutti i medici operanti in Svizzera⁴².

In ogni caso, né le direttive elaborate dall'ASSM nel 2004, né quelle elaborate nel 2018 (e revisionate nel 2021) prendono in considerazione la richiesta di aiuto al suicidio avanzata da una persona in buona salute: «non è accettabile in termini medico-etici, ai sensi delle presenti direttive, l'assistenza al suicidio prestata a persone sane»⁴³.

³⁹ *Ibidem*. Corsivo aggiunto.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ibidem*.

⁴² Sul punto si veda il comunicato ufficiale della Federazione dei Medici Svizzeri del 19 maggio 2022, disponibile al link <https://www.fmh.ch/files/pdf27/medienmitteilung-aerztekammer-verabschiedet-samw-richtlinie-zu-sterben-und-tod-v1.pdf>. Immediate sono state le reazioni delle associazioni di assistenza al suicidio. In particolare Erika Preisigm, medico e presidente dell'associazione di assistenza al suicidio *Lifecircle*, ha denunciato come la nuova regola che impone un termine di due settimane è troppo severa per le persone straniere, imponendo loro costi eccessivi. Sul punto di veda <https://www.swissinfo.ch/ita/societa/direttive-svizzere-sul-suicidio-assistito-piu-severe--inquietudine-all-estero/47745162>. Anche l'associazione di assistenza al suicidio *Dignitas* non ha accolto positivamente le modifiche introdotte nel 2022. Sul punto, si veda il comunicato ufficiale dell'associazione *Dignitas* del 27 maggio 2022, disponibile al link <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/info-samw-richtlinien-fmh-27052022.pdf>. Per un'analisi delle associazioni di assistenza al suicidio, si rimanda al par. 2.6 del presente contributo.

⁴³ Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM), *Come confrontarsi con il fine vita e il decesso*, Berna, 2018, testo con modifiche approvate nel 2021, 27.

Conclusa l'analisi delle direttive dell'ASSM, è opportuno ricordare che tali fonti stanno assumendo un peso crescente, ma sono annoverabili tra gli atti di *soft law*. Occorrerà, dunque, interrogarsi sulla loro legittimazione democratica⁴⁴.

2.5. La Commissione nazionale d'etica per la medicina umana (CNE)

La Commissione nazionale d'etica per la medicina umana è un gruppo indipendente di esperti che fornisce la propria competenza al Consiglio federale, al Parlamento svizzero e all'opinione pubblica⁴⁵. Il suo compito è quello di individuare per tempo le questioni etiche che possono sorgere in seguito all'evoluzione della medicina e delle scienze biomediche e di produrre pareri sui temi etici.

Con il parere n. 09/2005 in tema di suicidio assistito⁴⁶, la CNE ha proposto un'analisi approfondita di ogni aspetto dell'aiuto al suicidio. In particolare, la CNE ha raccomandato al legislatore di porre sotto la sorveglianza dello Stato le organizzazioni che offrono e prestano l'assistenza al suicidio e di introdurre disposizioni giuridiche concernenti l'applicazione dell'articolo 115 CP, in modo da garantire che l'assistenza alle persone a rischio e la tutela della loro vita siano tenute in considerazione al pari del rispetto per l'autodeterminazione individuale⁴⁷.

Successivamente, con il parere n. 13/2006⁴⁸ intitolato *Criteri di diligenza da applicare nel suicidio assistito*, la CNE ha elaborato una serie di *standard* minimi da introdurre nel quadro di una possibile regolamentazione della vigilanza dell'attività pratica di assistenza al suicidio organizzata. In particolare, la CNE ha affermato che chi intende togliersi la vita con l'aiuto di terzi deve avere piena consapevolezza della sua decisione; il desiderio di suicidarsi deve essere sorto in seguito a gravi sofferenze dovute a malattia; non deve essere prestato aiuto a persone afflitte da disturbi psichici e il cui desiderio di suicidarsi è espressione o sintomo della malattia; tale desiderio deve manifestarsi in modo durevo-

⁴⁴ Le direttive dell'ASSM sono prodotte da un'organizzazione privata, che gode di un elevato livello di autorità e riconoscimento in medicina. Spesso si tratta disposizioni anticipatorie del diritto statale, in cui vengono successivamente incorporate. Sul tema del suicidio assistito, manca una legge federale che richiami in modo esplicito tali direttive. Nonostante ciò, il Consiglio federale nel Rapporto del giugno 2011 – già citato *supra* – *Cure palliative, prevenzione del suicidio e assistenza organizzata al suicidio* ha affermato il ruolo centrale delle direttive dell'ASSM. Anche la giurisprudenza, come si analizzerà *infra*, ha fatto ampio riferimento alle direttive dell'ASSM, ad esempio in DTF 133 I 58 e, recentemente, in TF 6B_646/2020. Tuttavia, non si può negare che l'unico riferimento alle direttive dell'ASSM sia quello implicitamente desunto dall'art. 3 della *Legge federale sui medicinali e sui dispositivi medici* (LATER, RS 812.21), in cui ci si riferisce allo "stato della scienza e della tecnica". Pare quindi opportuno, ad avviso di chi scrive, che le direttive dell'ASSM vengano incorporate nel diritto statale mediante un richiamo esplicito. In generale, sul tema dell'autoregolamentazione statale si vedano N. GILI, *Staatlich gesteuerte Selbstregulierung: am Beispiel der medizinisch-ethischen Richtlinien der Schweizerischen Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW)*, Zurigo, 2017, in particolare 88 ss.; G. MERKEL, *Patientenautonomie und Tatherrschaft bei lebensbeendenden Entscheidungen. Orientierungshilfen auf dem schmalen Grat zwischen gebotener, erlaubter und verbotener Sterbehilfe*, in *Zeitschrift für Schweizerisches Recht*, 2, 2018, 303 ss.

⁴⁵ Si veda l'indirizzo ufficiale www.nek-cne.admin.ch/it/pubblicazioni/pareri. In una prospettiva comparata, tale organismo è assimilabile al Comitato Nazionale per la Bioetica italiano (CNB).

⁴⁶ Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Assistenza al suicidio*, Berna, 2005, disponibile al sito ufficiale https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/it/suizidbeihilfe_i.pdf.

⁴⁷ *Ibidem*.

⁴⁸ Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Criteri di diligenza da applicare nel suicidio assistito*, Berna, 2006, disponibile al sito ufficiale <https://bit.ly/46sZQaO>.

le e costante e non deve essere dovuto a uno stato emotivo o a una crisi presumibilmente passeggera; il desiderio di suicidarsi non può essere conseguenza di pressioni esterne; devono essere esaminate e discusse con l'aspirante suicida tutte le altre possibilità conformemente ai suoi desideri; sono assolutamente necessari vari colloqui personali e discussioni approfondite, per cui la decisione non può essere presa dopo un solo colloquio; la valutazione della situazione deve essere confermata da un esperto indipendente.

A ben vedere, le raccomandazioni della CNE non hanno avuto seguito a livello legislativo. Infatti, l'art. 115 CP ancora non prevede requisiti ulteriori (oltre ai motivi egoistici), intesi ad esempio a garantire che l'assistenza al suicidio sia preceduta da un accertamento sufficientemente accurato, comprendente anche le possibili alternative. Le uniche indicazioni in questo senso attualmente sono contenute nelle direttive dell'ASSM, che non costituiscono una fonte di *hard law*⁴⁹.

2.6. Le associazioni di assistenza al suicidio

Le associazioni di assistenza al suicidio hanno svolto in passato un ruolo centrale nella promozione di tale pratica⁵⁰. Ad oggi, la loro attività è focalizzata sull'offerta di un servizio di consulenza a livello sia legale sia medico. Inoltre, organizzano materialmente il suicidio assistito per i soci che ne fanno richiesta.

Nel corso del tempo, in Svizzera sono proliferate prassi di suicidio organizzato in cui si è assistito all'esercizio di una professione con ritorno economico al pari di qualsiasi altro intervento sanitario. Tali attività sono state identificate dalla giurisprudenza come aiuti non egoistici perché l'intervento del medico risulta essere necessario per concretizzare l'esercizio di una libertà⁵¹.

A ben vedere, il Legislatore ha introdotto l'art. 115 CP in un momento in cui le associazioni di suicidio assistito non esistevano. L'introduzione dell'art. 115 CP si basava sull'idea «che non si debba punire coloro che agiscono per motivi di amicizia, in particolare coloro che agiscono per pura pietà o compassione, nell'interesse esclusivo di chi vuole suicidarsi»⁵². L'interpretazione storica della norma mostra che la depenalizzazione dell'istigazione e dell'assistenza al suicidio si basava sullo speciale rapporto di fiducia tra autore e vittima che non appare sempre presente, invece, nel rapporto tra paziente e associazione di assistenza al suicidio⁵³.

Attualmente in Svizzera operano sette associazioni per l'assistenza al suicidio. In particolare, *Exit A.D.M.D.* ed *Exit – Deutsche Schweiz* sono state fondate negli anni Ottanta, le altre sono invece di nascita più recente. La loro crescente popolarità anche all'estero è dovuta all'opera di *marketing* e pro-

⁴⁹ Sul punto si veda il paragrafo precedente.

⁵⁰ A. BONDOLFI, *Il suicidio assistito in Svizzera: ultimi sviluppi e scenari per il prossimo avvenire*, cit., 65 ss.

⁵¹ F.T. PETERMANN, *Sterbehilfe: eine terminologische Einführung*, in ID. (a cura di), *Sterbehilfe - grundsätzliche und praktische Fragen*, Saint-Gall, 2006, 40; C. SILVA, *Suicidio assistito in Svizzera. Riflessioni in ordine alla rilevanza penale della condotta di agevolazione*, in *Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale*, 1, 2017, 309 ss.

⁵² DTF 136 II 415 consid. 2.3.3.

⁵³ Sul punto, si veda Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Assistenza al suicidio*, Berna, 2005, 68: «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».

paganda, tramite articoli e pubblicità sulla stampa svizzera ed estera, nonché alla partecipazione a eventi e programmi radiofonici.

Nella Svizzera tedesca operano *Exit – Deutsche Schweiz*, *Dignitas*, *Life Circle* e *Ex International*.

Nella Svizzera francofona opera come unica associazione *Exit A.D.M.D.*

Nella Svizzera italiana, infine, operano *LL Exit* e *Carpe Diem*, affiancate dall'associazione *Exit – Deutsche Schweiz*, che opera anche in Ticino.

In generale, le associazioni si sono progressivamente dotate di codici etici e regole di condotta che stabiliscono *standard* di *accountability* autoimposti per superare i controlli delle Autorità svizzere.

Esse hanno certamente alcune caratteristiche comuni, ma nel complesso ognuna ha le proprie regole e le proprie procedure. Infatti, come anticipato, il Legislatore svizzero non ha ritenuto necessario disciplinare l'attività delle associazioni di assistenza al suicidio e non è previsto il rilascio di un'autorizzazione al fine di creare un'associazione di assistenza al suicidio⁵⁴.

Un tentativo di definire la disciplina applicabile alle associazioni si è verificato nel settembre 2009, quando il Pubblico ministero del Cantone Zurigo stipulò un accordo con un'organizzazione privata di aiuto al suicidio. In base a tale accordo, l'associazione si dichiarava disposta a rispettare determinati criteri, conformi a quelli stabiliti dalla CNE; il Pubblico ministero si impegnava ad astenersi dall'esaminare i casi di suicidio assistito. Il Tribunale federale, chiamato a pronunciarsi sul caso⁵⁵, ha affermato in primo luogo che la convenzione conclusa tra il Pubblico ministero del Canton Zurigo e l'organizzazione privata di aiuto al suicidio non costituiva un atto suscettibile d'impugnazione ai sensi dell'art. 82 della Legge sul Tribunale federale (LTF)⁵⁶. Tuttavia, il TF si proponeva di esaminare se la convenzione non fosse addirittura nulla. A ben vedere, la convenzione violava la regolamentazione esaustiva dell'aiuto al suicidio disciplinata dall'art. 115 CP e la normativa in materia di stupefacenti (LStup). Da ciò derivava l'inammissibilità di stipulare un contratto di diritto amministrativo in tale ambito e la conseguente nullità della convenzione nel suo insieme.

In generale, le associazioni intervengono su richiesta seguendo una procedura sommaria. Infatti, la verifica della capacità di discernimento, il rilascio della prescrizione e l'attuazione del suicidio assistito non durano in linea di principio più di qualche giorno. I medici che intervengono nell'assistenza al suicidio sono il più delle volte parte dell'associazione.

Si può concludere che le associazioni devono rispettare solo i limiti imposti dagli artt. 111 ss. CP, con particolare riferimento all'art. 115 CP e LStup⁵⁷. Dunque, le associazioni possono scegliere e modifica-

⁵⁴ Come si anticipava nel precedente paragrafo, l'idea «di sottoporre le associazioni di aiuto al suicidio all'obbligo di un'autorizzazione vincolata a precise condizioni» è stata avanzata dalla Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, ma non ha mai trovato applicazione pratica. Sul punto si veda Commissione nazionale d'etica umana, *Assistenza al suicidio*, Berna, 2005, 13, disponibile al sito ufficiale https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/it/suizidbeihilfe_i.pdf.

⁵⁵ DTF 136 II 415.

⁵⁶ *Legge sul Tribunale federale* del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Il testo è consultabile all'indirizzo ufficiale www.fedlex.admin.ch.

⁵⁷ B.S. GALETTI, *La mort provoquée. Les limitations de la réglementation légale, leurs fondements et des propositions d'alternatives*, cit., 578.

re liberamente le condizioni di accesso al suicidio sia con riferimento allo stato di salute relativo al richiedente sia con riferimento ai costi⁵⁸.

La mancanza di limiti legislativamente previsti ha generato un'ampia zona grigia in cui operano le associazioni di assistenza al suicidio, che hanno riconosciuto l'aiuto a morire anche a persone sane e malati non terminali affetti da disturbi psichici⁵⁹.

A tal proposito, con riferimento alla consegna di pentobarbitale sodico per il suicidio assistito di una persona affetta da problemi psichici, nel 2006 il Tribunale federale⁶⁰ ha affermato che in generale non sussiste un diritto all'assistenza medica al suicidio. Infatti, né la LStup né la LAter permettono di consegnare, senza ricetta medica, il pentobarbitale sodico a una persona che desidera porre fine alla sua esistenza. Infatti, l'art. 8 CEDU, rispettivamente gli art. 10, cpv. 2, e 13, cpv. 1, Cost. fed., non impongono allo Stato di adoperarsi affinché organizzazioni di aiuto al suicidio oppure persone che vogliono suicidarsi possano ottenere il pentobarbitale sodico senza ricetta.

Contro tale decisione (DTF 133 I 58) è stato proposto ricorso dinanzi alla Corte EDU, che si è pronunciata con la sentenza *Haas c. Svizzera* del 20 gennaio 2011.

2.7. Le pronunce della Corte EDU

In generale, nonostante la Costituzione federale attualmente in vigore in Svizzera non preveda una specifica disciplina dei rapporti con il diritto internazionale pattizio, la CEDU, ratificata dalla Svizzera nel 1974, è diventata progressivamente un punto di riferimento determinante in materia di tutela dei diritti⁶¹. Con riferimento, poi, all'esecuzione delle sentenze della Corte EDU, l'esecuzione delle deci-

⁵⁸ Sul punto si veda Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Criteri di diligenza da applicare nel suicidio assistito*, Berna, 2006, 3, in cui si afferma che «il modello di diritto liberale consente alle organizzazioni di assistenza al suicidio di organizzarsi liberamente nell'ambito legale vigente, di disciplinarsi autonomamente e di esercitare la propria attività».

⁵⁹ Questa zona grigia del diritto è stata denunciata anche dalla Commissione nazionale d'etica per la medicina umana che – come si anticipava al paragrafo precedente – ha raccomandato al legislatore di porre sotto la sorveglianza dello Stato le organizzazioni che offrono e prestano l'assistenza al suicidio, entro i limiti di quanto è ammissibile in Svizzera in virtù dell'articolo 115 CP in modo da garantire che l'assistenza alle persone a rischio e la tutela della loro vita siano tenute in considerazione al pari del rispetto per l'autodeterminazione individuale. Sul punto si veda Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Assistenza al suicidio*, Berna, 2005, disponibile al sito ufficiale <https://bit.ly/3PwTgse>.

⁶⁰ DTF 133 I 58.

⁶¹ In generale, per quanto riguarda il rapporto tra diritto internazionale e diritto nazionale, va premesso che la Svizzera aderisce a un approccio monistico, il quale implica (a differenza di quello dualista) che il diritto internazionale non deve essere recepito nel diritto interno per essere valido nell'ordinamento giuridico nazionale. Con specifico riferimento ai trattati, ciò implica che, una volta approvati dall'Assemblea federale (art. 166 § 2 Cost. fed.) e superato l'eventuale referendum, diventano direttamente parte del diritto svizzero. Tuttavia, per la mancanza di una norma assoluta che regoli la posizione dei trattati all'interno della gerarchia interna delle norme, la loro collocazione resta controversa. Mentre la Costituzione federale si limita a precisare che «la Confederazione e i Cantoni devono rispettare il diritto internazionale» (art. 5 §4 Cost. fed.), il Tribunale federale svizzero e tutte le altre autorità giudiziarie sono tenuti ad applicare sia gli atti federali che il diritto internazionale (art. 190 Cost. fed.). Tuttavia, nulla si dice sulla posizione del diritto internazionale. Questa mancanza ha sollevato e solleva tuttora diverse questioni nei casi di conflitto tra norme, soprattutto quando i trattati sono in conflitto con atti federali. Nel corso degli anni, la gestione di questi conflitti è stata affrontata dal Tribunale federale. In un primo tempo, la Suprema Corte svizzera ha affermato che il diritto nazionale prevale su quello internazionale quando il legislatore federale deroga a esso; in seguito, ha affermato che ciò

sioni spetta agli Stati, che dovrebbero scegliere, discrezionalmente, le misure che ritengono più opportune⁶². Nell'ordinamento svizzero, in particolare, l'art. 122 LTF⁶³ afferma che la revisione di una sentenza del Tribunale federale per violazione della CEDU può essere richiesta alle seguenti condizioni: la Corte europea dei diritti dell'uomo ha constatato in una sentenza definitiva che la CEDU o i suoi protocolli sono stati violati; un'indennità non è atta a compensare le conseguenze della violazione; la revisione è necessaria per rimediare alla violazione.

Nel caso *Haas c. Svizzera*, protagonista della vicenda era un cittadino svizzero affetto da disturbo bipolare, il cui ricorso presso il Tribunale federale era stato respinto. In esso si sosteneva che la normativa svizzera che impone al paziente di ottenere la prescrizione medica della dose letale di pentobarbital di sodio fosse contraria all'art. 8 CEDU. Il signor Haas faceva, dunque, ricorso alla Corte EDU. Quest'ultima, con la sentenza del 20 gennaio 2011, ha affermato che l'ampiezza del diritto alla vita privata, espresso dall'art. 8 CEDU, si estende fino a comprendere anche il diritto a porre fine alla propria esistenza in capo a chi è in grado di assumere una decisione libera e consapevole e di metterla personalmente in atto⁶⁴. Tuttavia, la Corte ha specificato, al pari del Tribunale federale, che non c'è alcun contrasto tra la normativa svizzera e l'art. 8 CEDU⁶⁵. Infatti, non viola il diritto al rispetto alla

non accade quando sono in gioco norme internazionali per la tutela dei diritti umani. Più recentemente, dando la precedenza a diversi accordi autoesecutivi non direttamente concernenti i diritti umani, il Tribunale federale sembra aver finalmente avallato la supremazia del diritto internazionale. Sul punto si vedano, S. GEROTTO, *Svizzera*, Bologna, 2011; L. MONTANARI, *Il sistema della Cedu e le resistenze nazionali: dal referendum svizzero un'indicazione in controtendenza*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo online*, 4, 2018, 1125 ss.

⁶² Sul punto, si veda Corte EDU, sez. II, 11 dicembre 2003, *Carbonara e Ventura c. Italia*, ricorso n. 24638/94, p.to 34: «Gli Stati contraenti parti del caso sono in linea di principio liberi di scegliere i mezzi da utilizzare per conformarsi a una sentenza che constati una violazione. Tale potere discrezionale in ordine alle modalità di esecuzione di una sentenza implica la libertà di scelta in relazione all'obbligazione principale imposta dalla Convenzione agli Stati contraenti: assicurare il rispetto dei diritti e delle libertà garantite (art. 1)».

⁶³ *Legge sul Tribunale federale* del 17 giugno 2005 (LTF, RS 173.110). Sul punto, con riferimento all'art. 122 LTF, si veda P. FERRARI, *art. 122 LTF*, in B. CORBOZ, A. WURZBURGER, P. FERRARI, J. FRÉSARD, F. AUBRY GIRARD, *Commentaire de la LTF*, 2° ed., Berna, 2014, 1411 ss.

⁶⁴ Corte EDU, sez I, 20 gennaio 2011, *Haas c. Svizzera*, ricorso n. 31322/07: «The right of an individual to decide how and when his life should end, provided that he was in a position to form his own free will in that respect and to act accordingly, was one aspect of the right to respect for private life. However, the dispute in the present case concerned another matter: whether the State had a "positive obligation" under Article 8 to ensure that the applicant could obtain, without a prescription, a substance enabling him to die without pain or risk of failure. The Court noted in that connection that the member States of the Council of Europe were far from having reached a consensus as regards the right of an individual to choose how and when to end his life. Although assistance in suicide had been decriminalized (at least partly) in certain member States, the vast majority of them appeared to attach more weight to the protection of the individual's life than to his right to end it. The Court concluded that States had a wide margin of appreciation in such matters».

⁶⁵ Corte EDU, sez I, 20 gennaio 2011, *Haas c. Svizzera*, ricorso n. 31322/07: «Although the Court accepted that the applicant might have wished to commit suicide in a safe and dignified manner and without unnecessary pain, it nevertheless considered that the requirement under Swiss law for a medical prescription in order to obtain sodium pentobarbital had a legitimate aim, namely to protect people from taking hasty decisions and to prevent abuse, the risks of which should not be underestimated in a system that facilitated access to assisted suicide. The Court shared the view of the Federal Court that the right to life obliged States to put in place a procedure capable of ensuring that a person's decision to end his life did in fact reflect his free will. The requirement of a prescription, issued on the basis of a thorough psychiatric assessment, was a means of satisfying that obligation. It remained to be determined whether the applicant had had effective access to a medical

propria vita privata la legislazione svizzera in materia di suicidio assistito, in forza della quale l'assunzione di sostanze letali è consentito solo previa prescrizione medica, rilasciata in esito ad un procedimento volto ad assicurare il consenso informato del richiedente.

Successivamente, nel 2013 la Corte EDU si è pronunciata nel caso *Gross c. Svizzera*⁶⁶.

Una donna non affetta da particolari malattie e intenzionata a suicidarsi per l'angoscia del proprio decadimento fisico e psichico non aveva ottenuto dai medici la prescrizione necessaria per l'acquisto della dose letale di farmaci dal momento che essi sostenevano che non fosse affetta da una malattia terminale o da una patologia tale da giustificare la prescrizione. Concluso il lungo *iter* giudiziario in Svizzera, la donna aveva deciso di fare ricorso alla Corte EDU.

La Corte EDU ha ritenuto che il desiderio della ricorrente di ottenere una dose di pentobarbital sodico per poter porre fine alla sua vita rientrasse nell'ambito del suo diritto al rispetto della sua vita privata ai sensi dell'art. 8 CEDU.

Nel caso di specie, la Corte EDU ha effettuato un giudizio riguardo alla completezza e chiarezza della normativa svizzera in merito all'individuazione dei casi in cui i medici sono autorizzati a rilasciare la prescrizione. Ad avviso della Corte EDU, dall'art. 115 CP si desume che risulta legittima la prescrizione di farmaci idonei a provocare la morte in caso di regolare prescrizione medica. Tuttavia, le linee guida che disciplinano la corretta emissione di questa prescrizione non sono contenute in una legge, ma nelle direttive emesse dall'ASSM in modo non chiaro. Si tratta di direttive prive dello *status* formale di legge.

Dopo aver premesso di non poter entrare nel merito della scelta dell'ordinamento svizzero in materia di fine vita, poiché si tratta di un argomento che rientra nel margine di apprezzamento di ciascuno Stato, la Corte ha riconosciuto la violazione dell'art. 8 CEDU nella parte in cui il diritto svizzero non identifica in modo chiaro e preciso quando un soggetto ha diritto a ottenere la dose letale di pentobarbital di sodio⁶⁷. Nel 2013, la Corte EDU ha osservato che «la mancanza di una chiara guida legale potrebbe avere un effetto deterrente sui medici».

Va qui ricordato, tuttavia, che la citata sentenza non ha mai trovato esecuzione, avendo la ricorrente chiesto, dopo aver finalmente ottenuto il pentobarbital sodico, che la sua morte (avvenuta mentre era pendente la sua causa) non fosse divulgata affinché la Corte EDU emettesse una decisione. La

assessment that might have allowed him to obtain sodium pentobarbital (if not, his right to choose when and how he died would have been theoretical and illusory). However, the Court was not persuaded that it had been impossible for him to find a specialist willing to assist him as he had claimed».

⁶⁶ Corte EDU, sez. II, 14 maggio 2013, *Gross c. Svizzera*, ricorso n. 67810/10. Sul punto, si vedano E. CRIVELLI, *Gross c. Svizzera: la Corte di Strasburgo chiede alla Svizzera nuove e più precise norme in tema di suicidio assistito*, in *Osservatorio Associazione Italiana dei Costituzionalisti. Bimestrale di attualità costituzionale*, 0, 2013, 1 ss.; C. PARODI, *Una Corte divisa su una materia divisiva: una pronuncia di Strasburgo in tema di suicidio assistito*, in *Diritto penale contemporaneo*, 6 giugno 2013; G. RAGONE, *"Gross c. Svizzera": un'ulteriore sentenza in tema di eutanasia della Corte di Strasburgo*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2013, 663 ss.; E. VIGATO, *Il suicidio assistito in Svizzera. La Corte europea dei diritti dell'uomo "invita" a prendere posizione anche sull'eutanasia delle persone sane*, in *Diritto pubblico comparato ed europeo*, 3, 2013, 960 ss.

⁶⁷ C. PARODI, *Una Corte divisa su una materia divisiva: una pronuncia di Strasburgo in tema di suicidio assistito*, cit.

Grande Camera ha ritenuto che tale comportamento costituisca un abuso di diritto (Grande Camera, *Gross c. Svizzera* del 30 settembre 2014)⁶⁸.

Secondo parte della dottrina, le considerazioni contenute in questa sentenza restano valide, anche se la sentenza della Grande Camera ha reso priva di effetti la decisione della Sezione II⁶⁹.

2.8. Le sentenze del Tribunale federale

A livello federale, il Tribunale federale ha affrontato più volte la questione del suicidio assistito (DTF 133 I 58; DTF 136 II 415; DTF 142 I 195).

Nei paragrafi precedenti, abbiamo già ricordato la sentenza DTF 133 I 58, contro la quale è stato proposto ricorso dinanzi alla Corte EDU, che si è pronunciata con la sentenza *Haas c. Svizzera*.

Abbiamo anche già menzionato la sentenza DTF 136 II 415, con riferimento alla convenzione sull'aiuto al suicidio organizzato conclusa tra il Ministero pubblico del Canton Zurigo e un'organizzazione privata di aiuto al suicidio.

Nella sentenza DTF 142 I 195, il Tribunale federale, dopo aver esaminato la propria giurisprudenza e quella della Corte EDU, ha affermato che ognuno ha il diritto di scegliere la forma e il tempo della fine della propria vita in base al diritto all'autodeterminazione (art. 8 par. 1 CEDU) e libertà personale (art. 10 cpv. 2 Cost. fed.), almeno quando l'interessato è in grado di determinarsi liberamente e di agire di conseguenza. D'altra parte, ha ribadito che non vi è alcun diritto al suicidio assistito che lo Stato dovrebbe garantire. Purtuttavia, l'individuo capace di autodeterminarsi e in grado di assumere il farmaco letale personalmente che soddisfa le condizioni per richiedere l'assistenza al suicidio non gode di un diritto alla morte ma di una libertà di morire.

Più di recente, a dicembre 2021 il Tribunale federale si è espresso sulla questione dell'aiuto al suicidio nella sentenza TF 6B_646/2020 del 9 dicembre 2021⁷⁰.

Nel caso di specie, una donna in buona salute di 86 anni, non volendo sopravvivere dopo la morte del marito, aveva deciso di farsi aiutare dall'associazione *Exit* richiedendo l'assistenza al suicidio. Aveva dunque trovato la morte ingerendo il pentobarbital di sodio, prescritto dal medico imputato, ossia un medico in pensione che lavorava come consulente medico per l'associazione *Exit*, di cui era anche vicepresidente.

Il Tribunale di polizia del Cantone di Ginevra ha condannato il medico per il reato di cui all'art. 86 par. 1 lett a) LATer. I giudici nelle proprie argomentazioni hanno osservato che la prescrizione del pentobarbital è disciplinata sia dalla LStup sia dalla LATer: dunque il medico nella prescrizione deve rispettare le regole riconosciute dalle scienze farmaceutiche e mediche.

La Camera d'appello e di riesame penale di Ginevra ha respinto il ricorso proposto dal medico. I giudici di secondo grado hanno condannato il medico perché ha prescritto il pentobarbital di sodio a una donna in buona salute, agendo in senso contrario a quanto previsto dalle direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche (ASSM), violando dunque il proprio dovere di cura. Ciò giustifica la condanna per violazione dell'art. 86 par. 1 lett a) della LATer.

Successivamente, il medico ha proposto ricorso al Tribunale federale.

⁶⁸ F. TEICHMAN, M. CAMPURBI, L. GERBER, *Le droit au suicide médicalement assisté*, in *Sui Generis*, 2021, 117 ss.

⁶⁹ Y. DONZALLAZ, *Traité de droit médical*, Berna, III, 2021, 8381.

⁷⁰ Sentenza TF 6B_646/2020, 9 dicembre 2021, consultabile al sito ufficiale www.bger.ch.

Il Tribunale federale è dunque stato chiamato a esprimersi sulla punibilità del medico che ha prescritto il pentobarbital di sodio a una persona in buona salute, non affetta da alcuna patologia fisica o psichica.

La posizione sostenuta dai giudici di primo e secondo grado non viene confermata dal TF, che annulla la condanna del medico.

Ad avviso del TF, il pentobarbital è una sostanza psicotropa soggetta alla LStup e alla LAter. Il rapporto tra LStup e LAter è regolato dall'art. 1b LStup. Pertanto, la LAter si applica agli stupefacenti utilizzati come prodotti terapeutici. Tuttavia, la LStup è applicabile se la LAter non prevede una regolamentazione o se la sua regolamentazione è meno ampia.

Secondo il TF non risulta applicabile al caso concreto la LAter (applicata dal Tribunale cantonale del Canton Ginevra).

La pronuncia del Tribunale federale appare interessante in quanto si sottolinea che nel caso in cui il desiderio di suicidio sia causato dalla malattia, la somministrazione di pentobarbital di sodio persegue uno scopo terapeutico, almeno nel senso più ampio, cioè l'abbreviazione della sofferenza provocata dalla malattia, con applicazione della LAter, in quanto lo stupefacente è utilizzato come prodotto terapeutico. Nel caso in cui, invece, il desiderio di suicidio provenga da una persona sana (*Bilanzsuizid*), nessuna indicazione medica giustifica la prescrizione di pentobarbital di sodio, nemmeno sotto un profilo terapeutico nel senso più ampio. Pertanto, esclusa l'applicabilità della LAter, resta da esaminare se la prescrizione di pentobarbitale sodico a una persona sana sia da sanzionare sulla base della legge sugli stupefacenti (Lstup)⁷¹.

Il Tribunale cantonale di Ginevra ha dunque dovuto riesaminare il caso. Con sentenza del 6 febbraio 2023 i giudici hanno assolto l'imputato affermando che «il solo fatto che un medico prescriva il pentobarbital a una persona sana, capace di discernimento e desiderosa di morire, non costituisce comportamento punibile» ai sensi della Lstup⁷².

Di fronte all'assoluzione, la Procura di Ginevra ha deciso di opporsi alla sentenza, portando di nuovo il caso di fronte al Tribunale federale, che si pronuncerà sul punto nei prossimi mesi⁷³.

Recentemente, a maggio 2023, la massima autorità giudiziaria della Svizzera ha affrontato un caso di suicidio assistito da parte di una dottoressa, imponendo – anche questa volta – al Tribunale cantonale di riesaminare il caso.

In particolare, il medico è stato accusato dal Pubblico Ministero di aver provocato la morte di una donna nel 2016 senza essersi avvalso prima di una perizia psichiatrica sulle capacità di discernimento della stessa. Inoltre, l'imputata è stata accusata di essersi procurata a più riprese, senza autorizzazione, dosi non etichettate di pentobarbital di sodio, successivamente dispensato a diverse persone desiderose di morire.

⁷¹ L. CES, *Assistance au suicide: un médecin ayant prescrit du pentobarbital à une patiente en bonne santé et ne souffrant d'aucune maladie ne peut être condamné pour violation de la LPT*, in www.crimen.ch, 14 aprile 2022.

⁷² https://www.humanrights.ch/fr/pfi/droits-humains/vie/une-ouverture-laide-suicide-suisse?kennung=NL-IPF-221130-FR-65&utm_medium=Email&utm_source=Newsletter+Humanrights&utm_campaign=NL-IPF-221130-FR-65.

⁷³ <https://www.rts.ch/info/suisse/13923747-le-parquet-genevois-saisit-le-tribunal-federal-dans-laffaire-du-medecin-dexit.html>.

Il Tribunale penale di Basilea Campagna e successivamente il Tribunale cantonale hanno riconosciuto l'imputata come colpevole della violazione ripetuta della LATER e della legge sulla salute pubblica del Canton Basilea Campagna, assolvendola invece dall'accusa di omicidio.

Con la sentenza del 22 maggio 2023 (TF 6B_1087/2021, TF_6B 1120/2021), il Tribunale federale ha in primo luogo respinto il ricorso presentato dal Pubblico Ministero, fondando la sua decisione sulla constatazione che la paziente desiderosa di morire era capace di discernimento al momento dell'esecuzione del suicidio. In secondo luogo, i giudici federali hanno accolto il ricorso dell'imputata contro la condanna per violazione della LATER, rinviando la causa al Tribunale cantonale per un nuovo giudizio. Quest'ultimo dovrà tenere in considerazione l'interpretazione data dal precedente del Tribunale federale *supra* analizzato, ossia la sentenza TF 6B_646/2020, in cui i giudici federali hanno stabilito che, per quanto riguarda il pentobarbitale sodico, le disposizioni della LStup prevalgono su quelle della LATER, lasciando aperta la questione dell'uso terapeutico del pentobarbitale sodico. Dunque, il Tribunale cantonale dovrà chiarire se le persone desiderose di morire soffrivano o meno di una malattia fisica o psichica. Nel caso in cui sia applicabile la LStup, i giudici cantonali dovranno dunque chiarire se, dal punto di vista procedurale, la normativa in questione sia stata rispettata dall'imputata⁷⁴.

In conclusione, la Svizzera presenta un quadro giuridico applicabile al suicidio assistito di stampo liberale, costituito – così come affermato dal Consiglio federale⁷⁵ – dal Codice penale, dalla LATER, dalla LStup e dalle regole definite dall'ASSM. A parere del Consiglio federale, la regolamentazione ad oggi in vigore rappresenta un arsenale soddisfacente ed adeguato per controllare gli abusi, a condizione che le autorità intervengano in modo fermo e deciso. Tuttavia, a parere di chi scrive, come emerge dall'analisi della più recente giurisprudenza, i giudici di diverso grado si sono pronunciati in modo differente, respingendo da un lato la violazione della LATER e dall'altro la violazione della LStup e creando così una zona grigia del diritto in tema di assistenza al suicidio.

3. Il fine vita nell'ordinamento italiano

Prendendo ora in considerazione l'ordinamento italiano, la Costituzione italiana (Cost.) tutela il diritto alla vita (seppur implicitamente), il diritto alla libertà personale (art. 13 Cost.) e il diritto alla salute (art. 32 Cost.). Il Codice penale incrimina l'omicidio volontario (art. 575 c.p.), l'omicidio del consenziente (art. 579 c.p.) e l'istigazione o aiuto al suicidio (art. 580 c.p.)⁷⁶.

Con riferimento alla tutela del fine vita occorre esaminare anche ulteriori elementi.

⁷⁴ Sentenza TF_6B 1087/2021, TF_6B 1120/2021, consultabile al sito ufficiale www.bger.ch. Al momento della presentazione dell'elaborato il Tribunale cantonale di Basilea Campagna non si è ancora pronunciato.

⁷⁵ Si veda sul punto il par. 2.2.

⁷⁶ Per un'approfondita analisi dei reati di cui agli artt. 579 e 580 c.p., si veda S. CANESTRARI, *I delitti di omicidio doloso e preterintenzionale*, in AA.VV., *Diritto penale. Percorsi di parte speciale*, Torino, 2023, 37 ss. Sui dilemmi sollevati dalle condotte eutanasiche e dal suicidio medicalmente assistito, si veda S. CANESTRARI, *Principi di biodiritto penale*, 2° ed., Bologna, 2023.

In primo luogo, recependo le conclusioni della giurisprudenza e con estremo ritardo rispetto agli altri ordinamenti a livello europeo, la legge n. 219/2017⁷⁷ ha dato risposta alla necessità di una normativa che riconosca il valore anche legale del diritto del paziente alla propria autodeterminazione, ossia il diritto al rifiuto/rinuncia ai trattamenti sanitari anche necessari alla sopravvivenza, in linea con l'art. 32, co. 2, Cost. Nel riconoscere il diritto al rifiuto/rinuncia al trattamento sanitario, si afferma anche il corrispondente dovere del personale medico di rispettare la volontà del paziente⁷⁸.

⁷⁷ Legge 22 dicembre 2017, n. 219 rubricata *Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento*.

⁷⁸ La legge 22 dicembre 2017, n. 219 è stata oggetto di numerosi contributi, a cui si rimanda per evidenti ragioni di spazio. Fra i primi commenti si vedano, *ex multis*, U. ADAMO, *Il vuoto colmato. Le disposizioni anticipate di trattamento trovano una disciplina permissiva nella legge statale*, in *Rivista Associazione Italiana dei Costituzionalisti. Trimestrale di diritto costituzionale*, 3, 2018, 110 ss.; M. BIANCA, *La legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Prime note di commento*, in *Famiglia*, 1, 2018, 109 ss.; P. BORSELLINO, *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”. Una conquista per i pazienti e per gli operatori sanitari*, in *Rivista italiana di Cure Palliative*, 1, 2018, 37 ss.; S. CANESTRARI, *Una buona legge buona (DDL recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”)* in *Rivista italiana di Medicina Legale e del diritto in campo sanitario*, 3, 2017, 975 ss.; D. CARUSI, *La legge sul biotestamento: una luce e molte ombre*, in *Corriere giuridico*, 3, 2018, 293 ss.; C. CASONATO, *Introduzione: la legge 219 fra conferme e novità*, in questa rivista, 1, 2018, 11 ss.; R.G. CONTI, *La legge 22 dicembre 2017, n. 219 in una prospettiva civilistica: che cosa resta dell'art. 5 del Codice civile?*, in *ConsultaOnline*, 1, 2018, 221 ss.; C. CUPELLI, *Libertà di autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: profili penali*, in *Criminalia*, 2017, 275 ss.; ID., *Consenso informato, autodeterminazione terapeutica e disposizioni anticipate di trattamento: profili penali*, in *DisCrimen*, 15 ottobre 2018; B. DE FILIPPIS, *Biotestamento e fine vita. Nuove regole nel rapporto medico paziente: informazioni, diritti, autodeterminazione*, Padova, 2018; L. EUSEBI, *Decisioni su trattamenti sanitari o «diritto di morire»? I problemi interpretativi che investono la legge n. 219/2017 e la lettura del suo testo nell'ordinanza di rimessione alla Corte Costituzionale dell'art. 580 c.p.*, in *Rivista italiana di Medicina Legale e del diritto in campo sanitario*, 2, 2018, 415 ss.; G. FERRANDO, *Rapporto di cura e disposizioni anticipate nella recente legge*, in *Rivista critica del diritto privato*, 1, 2018, 47 ss.; G.M. FLICK, *Dignità del vivere e dignità del morire. Un (cauto) passo avanti*, in *Cassazione Penale*, 7-8, 2018, 2302 ss.; M. FOGLIA, *Consenso e cura. La solidarietà nel rapporto terapeutico*, Torino, 2018; F. GIARDINA, *Qualche riflessione sul consenso al trattamento medico (con particolare riguardo alla legge 219/2017)*, in *Rivista italiana di Cure Palliative*, 2, 2018, 105 ss.; B. LIBERALI, *Prime osservazioni sulla legge sul consenso informato e sulle DAT: quali rischi derivanti dalla concreta prassi applicativa?*, in *Rivista di Diritti comparati*, 3, 2017, 267 ss.; ID., *La problematica individuazione e il ruolo dei soggetti terzi coinvolti nella relazione di cura fra medico e paziente nella nuova disciplina sul consenso informato e sulle DAT*, in *Forum di Quaderni costituzionali. Rassegna*, 25 giugno 2018; D. PARIS, *Legge sul consenso informato e le DAT: è consentita l'obiezione di coscienza del medico?*, in questa rivista, 1, 2018, 31 ss.; M. PERIN, *Valorizzare la dignità della persona nelle “norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*, in questa rivista, 2, 2017, 126 ss.; M. PICCINNI, *Biodiritto tra regole e principi. Uno sguardo «critico» sulla l. n. 219/2017 in dialogo con Stefano Rodotà*, in questa rivista, 1, 2018, 121 ss.; S. STEFANELLI, *Status del paziente e disciplina del fine vita*, in *Diritto e processo*, 2017, 113; C. TRIPODINA, *Tentammo un giorno di trovare un modus moriendi che non fosse il suicidio né la sopravvivenza. Note a margine della legge italiana sul fine vita (l. n. 219/2017)*, in *Forum Quaderni Costituzionali*, 1, 2018, 191 ss.; P. ZATTI, *La via (crucis) verso un diritto della relazione di cura*, in *Rivista critica del diritto privato*, 1, 2017, 3 ss.; ID., *Le nuove disposizioni in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento (l. 22 dicembre 2017, n. 219). Brevi note sull'interpretazione della legge*, in *Le Nuove Leggi Civili Commentate*, 1, 2019, 3 ss.

Successivamente, con l'ordinanza n. 207 del 2018⁷⁹ e con la sentenza n. 242 del 2019⁸⁰, c.d. doppia pronuncia sul caso Cappato-Antoniani⁸¹, in relazione all'incriminazione dell'istigazione e dell'aiuto al

⁷⁹ Corte cost., ordinanza n. 207 del 2018 disponibile all'indirizzo ufficiale <https://www.cortecostituzionale.it/>. L'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale è stata oggetto di moltissimi commenti. *Ex multis*, si vedano AA.Vv., "Questioni di fine vita". *Dalla legge 22 dicembre 2017, n. 219 alla ordinanza della Corte costituzionale nel caso Cappato*, in *Giurisprudenza penale web*, 2019, 1-bis; AA.Vv., *Il "caso Cappato" davanti alla Corte costituzionale (Atti del seminario, Bologna 2018. Interventi di A. Morrone, G. Di Cosimo, A. Arcuri, M. Mocchegiani, I. Pellizzone, A. Pugiotto, F. Rescigno, P. Veronesi)*, in *Forum di Quaderni Costituzionale. Rassegna*, 2018, 10; AA.Vv., *Il Caso Cappato. Riflessioni a margine dell'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018*, (a cura di) F.S. MARINI, C. CUPELLI, con prefazione di F. VIGANÒ, Napoli, 2019; AA.Vv., *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, (a cura di) G. FORNASARI, L. PICOTTI, S. VINCIGUERRA, Padova, 2019; AA.Vv., *Il diritto di essere uccisi: verso la morte del diritto?*, (a cura di) M. RONCO, Torino, 2019; U. ADAMO, *In tema di aiuto al suicidio la Corte intende favorire l'abbrivio di un dibattito parlamentare*, in *Diritti Comparati*, 23 novembre 2018; S. CANESTRARI, *I tormenti del corpo e le ferite dell'anima: la richiesta di assistenza a morire e l'aiuto al suicidio*, in *Diritto penale contemporaneo*, 14 marzo 2019; P. CARETTI, *La Corte costituzionale chiude il caso Cappato ma sottolinea ancora una volta l'esigenza di un intervento legislativo in materia di "fine vita"*, in questa rivista, 1, 2020, 222; F. CONSULICH, *Stat sua cuique dies. Libertà o pena di fronte all'aiuto al suicidio?*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1, 2019, 101 ss.; L. D'AVACK, *L'aiuto al suicidio medicalizzato sotto il controllo della Corte Costituzionale*, in *Il diritto di famiglia e delle persone*, 4, 2019, 1707 ss.; M. DONINI, *Il caso Fabo/Cappato fra diritto di non curarsi, diritto a trattamenti terminali e diritto di morire. L'opzione "non penalistica" della Corte costituzionale di fronte a una trilogia inevitabile*, in *Giurisprudenza costituzionale*, 6, 2018, 2855 ss.; L. EUSEBI, *Regole di fine vita e poteri dello stato: sulla ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale*, in *Diritto penale contemporaneo*, 27 marzo 2019; G. GENTILE, *Il caso Cappato e il diritto a morire (senza soffrire)*, in *Archivio penale*, 7 novembre 2018; D. PULITANÒ, *A prima lettura. L'aiuto al suicidio dall'ordinanza n. 207/2018 alla sentenza n. 242/2019*, in *Giurisprudenza penale web*, 6 dicembre 2019; A. VALLINI, *Morire è non essere visto: la Corte costituzionale volge lo sguardo sulla realtà del suicidio assistito*, in *Diritto penale e processo*, 2019, 805 ss.

⁸⁰ Corte cost., sent. n. 242 del 24 settembre 2019, disponibile all'indirizzo ufficiale <https://www.cortecostituzionale.it/>. Con riferimento alla sentenza, tra i commenti si segnalano: R. BIN, *"Tanto tuonò che piovve". Pubblicata finalmente la sentenza sull'aiuto al suicidio ("Caso Cappato")*, in laCostituzione.info, 22 novembre 2019; S. CANESTRARI, *Una sentenza "inevitabilmente infelice": la "riforma" dell'art. 580 c.p. da parte della Corte costituzionale*, in G. D'ALESSANDRO e O. DI GIOVINE (a cura di), *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*, Torino, 2020, 77 ss.; ID., *Ferite dell'anima e corpi prigionieri. Suicidio e aiuto al suicidio nella prospettiva di un diritto liberale e solidale*, Bologna, 2021, recensito da P. VERONESI, in *Studium Iuris*, 3, 2022, 390 ss, e V. MANES, N. RECCHIA, in *Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario*, 3, 2021, 921 ss., altresì da F. LAZZERI, in *Sistema Penale*, 6 settembre 2021 e da R. GIRANI, in *Responsabilità medica. Diritto e pratica clinica*, 2, 2021, 189 ss.; S. CORBETTA, *Caso "DJ Fabo": le motivazioni della sentenza della Corte costituzionale*, in *Quotidiano giuridico*, 25 novembre 2019; C. CUPELLI, *Il Parlamento decide di non decidere e la Corte costituzionale risponde a se stessa*, in *Sistema penale*, 12, 2019, 33 ss.; L. EUSEBI, *Il suicidio assistito dopo Corte cost. n. 242/2019. A prima lettura*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2019, 193 ss.; G. FLORA, *Una domanda a Ferrando Mantovani. A proposito della sentenza della Corte costituzionale sul caso Cappato*, in *disCrimen Opinioni*, 30 ottobre 2019; F. GIUNTA, *L'insostenibile sofferenza del vivere. Le motivazioni della Corte costituzionale in materia di suicidio medicalmente assistito (sent. 242/2019)*, in *disCrimen Focus*, 25 novembre 2019; M.B. MAGRO, *Finevita: la Consulta indica quando non è punibile l'aiuto al suicidio*, in *Quotidiano giuridico*, 25 novembre 2019; A. NICOLUSSI, *Lo sconfinamento della Corte costituzionale: dal caso limite della rinuncia a trattamenti salva-vita alla eccezionale non punibilità del suicidio medicalmente assistito*, in *Corti supreme e salute*, 2, 2019, 201 ss.; M. ROMANO, *Istigazione o aiuto al suicidio, omicidio del consenziente, eutanasia, dopo le pronunce della Corte costituzionale*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 4, 2019, 1793 ss.; A. RUGGERI, *Rimosso senza indugi il limite di discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito (a prima lettura di Corte cost. n. 242 del 2019)*, in *Giustiziainsieme*, 27 novembre 2019; C. TRIPODINA, *La "circoscritta area" di non punibilità di aiuto al suicidio. Cronaca e commento di una sentenza annunciata*, in

suicidio, la Corte costituzionale ha affermato che la libertà di autodeterminazione non è assoluta, ma nel nostro ordinamento deve necessariamente essere bilanciata con altri beni di rango costituzionale. La fattispecie dell'art. 580 c.p. è dunque «funzionale alla tutela del diritto alla vita, soprattutto delle persone più deboli e vulnerabili, che l'ordinamento penale intende proteggere da una scelta estrema e irreparabile come quella del suicidio». Tuttavia, preso atto dell'esistenza di casi complessi e peculiari, il Giudice delle leggi ha dichiarato la parziale illegittimità costituzionale dell'art. 580 c.p. per violazione degli artt. 2, 13 e 32, co. 2, Cost., con riferimento specifico ed esclusivo all'aiuto al suicidio prestato a pazienti che, in alternativa, potrebbero lasciarsi morire mediante la rinuncia ai trattamenti sanitari salvavita secondo quanto disposto dall'art. 1, co. 5, legge n. 219/2017.

In particolare, l'aiuto medico a morire non è punito, se è prestato a favore di un malato affetto da una patologia grave e irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che reputa assolutamente intollerabili, tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale, ma capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Siffatte condizioni e le modalità di attuazione dell'aiuto al suicidio dovranno essere verificate da una struttura pubblica del Servizio Sanitario Nazionale, previo parere del Comitato etico territorialmente competente⁸².

Successivamente, nel corso del 2021, di fronte all'inerzia del legislatore italiano nella regolamentazione dell'aiuto al suicidio, la continua attenzione dell'opinione pubblica sulle vicende del fine vita ha fatto crescere lo spazio dedicato dai media all'iniziativa del referendum abrogativo denominato dai

Corti supreme e salute, 2019, 2, 217 ss.; Sia, infine, consentito il rimando a R. GIRANI, *Dalla teoria alla pratica: perplessità in merito all'aiuto al suicidio in seguito alla sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019*, in *Sanità Pubblica e Privata*, 3, 2020, 41 ss.

⁸¹ L'iter caratterizzato da una "doppia pronuncia" ha attirato l'interesse della dottrina costituzionalistica. In particolare, alcuni autori hanno apprezzato la tecnica decisoria della Corte (si veda C. CASONATO, *L'ordinanza della Corte costituzionale n. 207 del 2018: luci e ombre*, in G. FORNASARI, L. PICOTTI, S. VINCIGUERRA (a cura di), *Autodeterminazione e aiuto al suicidio*, Padova, 2019, 101). Altri autori hanno, invece, criticato sia il metodo sia il merito. Si vedano M. D'AMICO, *Il "fine vita" davanti alla Corte costituzionale fra profili processuali, principi penali e dilemmi etici (Considerazioni a margine della sent. n. 242 del 2019)*, in *Osservatorio Associazione Italiana dei Costituzionalisti. Bimestrale di attualità costituzionale*, 1, 2020, 286 ss.; A. MORRONE, *Suprematismo giudiziario. Su sconfinamenti e legittimazione politica della Corte costituzionale*, in *Quaderni costituzionali*, 2, 2019, 268 ss.; A. RUGGERI, *Frantendimenti concettuali e utilizzo improprio delle tecniche decisorie nel caso di una spinosa, inquietante e ad oggi non conclusa vicenda (a margine di Corte cost. ord. n. 207 del 2018)*, in *Consultaonline*, 1, 2019, 92 ss.; Id., *Rimosso senza indugi il limite di discrezionalità del legislatore, la Consulta dà alla luce la preannunciata regolazione del suicidio assistito*, cit. In generale, sul punto, cfr. anche G. BRUNELLI, *Imparare dal passato: l'ord. n. 207/2018 (nel caso Cappato) e la sent. n. 27/1975 (in tema di aborto) a confronto*, in *Forum Quaderni Costituzionali. Rassegna*, 2019, 1 ss.; F. DALCANTO, *Il "caso Cappato" e l'ambigua concretezza del processo costituzionale incidentale*, in *Forum Quaderni Costituzionali. Rassegna*, 2019, 1 ss.; N. FIANO, *L'ordinanza n. 207 del 2018: un nuovo modello decisionale all'orizzonte?*, in *Rivista italiana di diritto e procedura penale*, 1, 2019, 577 ss.; E. GROSSO, *Il rinvio a data fissa nell'ordinanza n. 207/2018. Originale condotta processuale, nuova regola processuale o innovativa tecnica di giudizio?*, in *Quaderni costituzionali*, 3, 2019, 531 ss.; R. ROMBOLI, *Caso Cappato: la pronuncia che verrà*, in *Forum Quaderni Costituzionali. Rassegna*, 2019, 1 ss.

⁸² Sull'identificazione del Comitato etico territorialmente competente si veda Comitato Nazionale per la Bioetica, *Risposta al quesito del Ministero della Salute 2 gennaio 2023*, 24 febbraio 2023. Il testo è disponibile al sito ufficiale <https://bioetica.governo.it/it/pareri/pareri-e-risposte/>.



suoi presentatori "Eutanasia legale"⁸³. Al momento della chiusura della raccolta firme, il 30 settembre 2021, è stato calcolato che sono state depositate oltre un milione di sottoscrizioni, in parte fisicamente su carta e in parte con firma digitale⁸⁴. Superato, dunque, il limite delle 500 mila sottoscrizioni, si è aperta la fase successiva di verifica dell'ammissibilità o meno del quesito referendario⁸⁵. Nel corso del giudizio di ammissibilità, realizzato il 15 febbraio 2022, la Corte costituzionale ha ritenuto inammissibile il quesito referendario sull'omicidio del consenziente perché, a seguito dell'ipotizzata abrogazione, non sarebbe stata preservata la necessaria tutela minima della vita umana.

Indipendentemente dai risultati ottenuti a livello giurisprudenziale e dal tentativo di referendum abrogativo, ad avviso di chi scrive, l'aiuto a morire dovrebbe essere regolato dalla legge, facendo

⁸³ Il quesito è stato depositato il 20 aprile 2021 dal Comitato promotore per il referendum presso la Corte di cassazione e pubblicato sulla G.U. Serie Generale n. 95 del 21.04.2021: «Annuncio di una richiesta di referendum abrogativo. Ai sensi degli articoli 7 e 27 della legge 25 maggio 1970, n. 352, si annuncia che la cancelleria della Corte suprema di cassazione, in data 20 aprile 2021, ha raccolto a verbale e dato atto della dichiarazione resa da quindici cittadini italiani, muniti dei certificati comprovanti la loro iscrizione nelle liste elettorali, di voler promuovere la raccolta di almeno 500.000 firme di elettori prescritte per la seguente richiesta di referendum di cui all'art. 75 della Costituzione: «Volete voi che sia abrogato l'art. 579 del codice penale (omicidio del consenziente) approvato con regio decreto 19 ottobre 1930, n. 1398, comma 1 limitatamente alle seguenti parole "la reclusione da sei a quindici anni."; comma 2 integralmente; comma 3 limitatamente alle seguenti parole "Si applicano"?». Dichiarano, altresì, di eleggere domicilio presso il Comitato promotore referendum eutanasia legale in via di San Basilio, 64 – cap 00187, Roma; e-mail: referendum@eutanasialegale.it». Il testo è disponibile all'indirizzo ufficiale <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2021/04/21/95/sg/pdf>.

⁸⁴ La possibilità della firma digitale è stata introdotta con l'approvazione di un emendamento al Decreto legge cosiddetto "semplificazioni", cioè il d.l. n. 77/2021, convertito in legge n. 108/2021. La nuova disciplina consente la sottoscrizione delle richieste referendarie attraverso documento informatico e a mezzo di firma elettronica certificata.

⁸⁵ Sin da subito si è aperta in dottrina una riflessione sull'ammissibilità o meno del quesito referendario. Sul punto, cfr., *ex multis*, M. AINIS, *Scuotere la politica in stallo sui temi etici (Intervista di Gigi Di Fiore)*, in *Il Mattino*, 19 giugno 2021; R. BARTOLI, *Le problematiche del fine vita tra orientamenti della Corte costituzionale e proposta di referendum abrogativo*, in *Sistema penale*, 11, 2021, 5 ss.; M. DONINI, *Il senso "ammissibile" del quesito referendario sull'aiuto a morire*, in *Sistema penale*, 30 novembre 2021; G.M. FLICK, *Eutanasia, un referendum ambiguo (Intervista di Marco Iasevoli)*, in *L'Avvenire*, 21 agosto 2021; ID., *Eutanasia, si rischia la deriva (Intervista di Angelo Picariello)*, in *L'Avvenire*, 3 dicembre 2021; F. LAZZERI, *Il pendio verso l'ammissibilità del referendum sull'eutanasia: alcune riflessioni sulla soglia minima di tutela penale della vita e una proposta per ritenere adeguata la disciplina di risulta*, in *Sistema penale*, 10 gennaio 2022; T. PADOVANI, *Riflessioni penalistiche circa l'ammissibilità del referendum sull'art. 579 c.p.*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p. del quesito sull'art. 579 c.p. Atti del Seminario Ferrara, 26 novembre 2021*, in *Forum Quaderni Costituzionali. Rassegna*, 20 ss.; A. PUGIOTTO, *Il Referendum per l'eutanasia legale. Forum di Giustizia insieme (Intervista di Roberto Conti)*, in *Giustiziainsieme*, 29 settembre 2021; ID., *Referendum sull'eutanasia, altro che "quesito sbagliato": gli errori di Flick sul fine vita*, in *Il riformista*, 24 agosto 2021; D. PULITANÒ, *Problemi del fine vita, diritto penale, laicità politica. A proposito di un referendum abrogativo*, in *Sistema penale*, 19 ottobre 2021; M. ROMANO, *Eutanasia legale e referendum: le ragioni dell'inammissibilità*, in *Sistema penale*, 25 gennaio 2022; R. ROMBOLI, *Riflessioni costituzionalistiche circa l'ammissibilità del referendum sull'art. 579 c.p.*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p.*, cit., 1 ss.; V. ZAGREBELSKI, *Perché sul fine vita deve decidere il popolo*, in *La Stampa*, 27 giugno 2021; infine, sia consentito il rimando a R. GIRANI, *Il referendum "Eutanasia legale": legalizzazione dell'eutanasia o superamento del divieto di uccidere?*, in G. BRUNELLI, A. PUGIOTTO, P. VERONESI (a cura di), *Ammissibilità e normativa di risulta del quesito sull'art. 579 c.p.*, cit., 129 ss.

esplicito riferimento a procedure e requisiti. Si ritiene dunque opportuno, o addirittura necessario, quel dialogo pacato e ragionato⁸⁶, senza inutili clamori, tra prospettive giuridico-culturali opposte che solo il Parlamento può garantire per addivenire a un risultato condiviso e duraturo, come è accaduto in occasione dell'approvazione della legge n. 219/2017.

In effetti, nella scorsa legislatura, pareva che il legislatore si volesse riappropriare del suo ruolo. Infatti, a marzo 2022 era stato approvato dalla Camera dei Deputati il testo rubricato *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita*. Esso di fatto si inseriva nel solco già tracciato dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale. Tuttavia il testo, dopo essere stato trasmesso al Senato, ma è mai stato varato.

Successivamente, all'inizio della nuova legislatura, a ottobre 2022, l'iter parlamentare è ripreso con la riproposizione del medesimo testo⁸⁷.

4. Il fenomeno del c.d. “suicide tourism” con particolare riferimento al flusso tra Italia e Svizzera

Conclusa l'analisi della disciplina svizzera sul fine vita e accennate le novità nel panorama italiano, è necessario concentrarsi sul fenomeno che collega i due ordinamenti: il c.d. “suicide tourism”.

Come anticipato, in Svizzera sono ammessi ad avanzare la richiesta di aiuto al suicidio anche i non residenti e, in generale, numerose sono le persone che ogni anno giungono in Svizzera dall'estero per ricorrere ai servizi di assistenza al suicidio⁸⁸.

⁸⁶ Sul punto si veda D. PULITANÒ, *Problema penale e problemi della laicità*, in S. CANESTRARI; L. STORTONI, (a cura di) *Valori e secolarizzazione nel diritto penale*, Bologna, 2009, 204. In un'altra prospettiva, con riferimento al dialogo tra istituzioni, si vedano V. BARSOTTI, P.G. CAROZZA, M. CARTABIA, A. SIMONCINI, *Italian Constitutional justice in global context*, New York, 2016, 234 ss.; V. BARSOTTI, P.G. CAROZZA, M. CARTABIA, A. SIMONCINI, *Introduction. Dialogue as a Method*, in Id. (a cura di), *Dialogues on Italian Constitutional Justice. A Comparative Perspective*, Torino, 2021, 19 ss.

⁸⁷ Accanto alle iniziative parlamentari, in dottrina si è assistito a un'ampia discussione attorno a una “prova di testo normativo” in materia di aiuto medico a morire predisposta dal gruppo di lavoro “Per un Diritto Gentile”. Sul punto si vedano P. BENCIOVINI, *Aiuto medico a morire: “obiezione di coscienza” o “scelte di coscienza”?*, in questa rivista, 1, 2023, 183 ss.; L. BUSATTA, *Aiuto medico a morire e diritto: come intervenire? Spunti da un esperimento giuridico*, in questa rivista, 1, 2023, 177 ss.; L. DE PANFILIS, *Oltre la Corte costituzionale: per una proposta di legge che prenda in carico le vulnerabilità*, in questa rivista, 1, 2023, 187 ss.; G. GIAUMO, *Le necessarie tutele (e i relativi controlli) in ordine al processo di formazione della volontà di morte*, in questa rivista, 1, 2023, 191 ss.; E. PALERMO, D. PROVOLO, E. CADAMURO, *Il perché della non punibilità dell'aiuto medico a morire*, in questa rivista, 1, 2023, 195 ss.; M. PICCINI, *Una legge “gentile” sull'aiuto medico a morire?*, in questa rivista, 1, 2023, 167 ss.; S. SEMINARA, *Considerazioni sul documento “Disposizioni in materia di aiuto medico a morire”*, in questa rivista, 1, 2023, 199 ss.; D. SERVETTI, *L'ineluttabilità della morte è condizione necessaria per considerare costituzionalmente legittimo l'aiuto medico a morire? Spunti di riflessione a margine della proposta di legge di Undirittogentile*, in questa rivista, 1, 2023, 203 ss.; N. ZAMPERETTI, *La fragilità biologica può essere un requisito per l'accesso ad una procedura di aiuto medico a morire?*, in questa rivista, 1, 2023, 211 ss.

⁸⁸ Sul punto, si veda Commissione nazionale d'etica per la medicina umana, *Assistenza al suicidio*, cit., 5 e 61. Si vedano anche C. BARTSCH, K. LANDOLT, A. RISTIC, T. REISCH, V. AJDACIC-GROSS, *Assisted Suicide in Switzerland: An Analysis of Death Records From Swiss Institutes of Forensic Medicine*, in *Dtsch Arztebl Int.*, 116, 2019, 545 ss.; G.Y.J. ZHI, G.T. FLAHERTY, B. HALLAHAN, *Final journeys: exploring the realities of suicide tourism*, in *Journal of Travel Medicine*, 3, 2019, 1 ss. e S. GAUTHIER, J. MAUSBACH, T. REISCH, C. BARTSCH, *Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon*, in *Journal of Medical Ethics*, 8, 2015, 611 ss.

Questo fenomeno ha destato una certa preoccupazione, da un lato, nell'ordinamento elvetico per l'immagine della Svizzera all'estero⁸⁹; dall'altro, nell'ordinamento italiano in quanto, nella maggior parte dei casi, l'individuo che si reca in Svizzera per accedere all'aiuto al suicidio non presenta alcun legame con la Svizzera ed è accompagnato nel percorso da un medico che non conosce in modo approfondito la storia clinica del paziente, rendendo complessa la verifica della reale volontà del singolo richiedente⁹⁰.

La diffusione di questo fenomeno è stata facilitata anche dall'operare delle associazioni di assistenza al suicidio, che – come anticipato – offrono un servizio di consulenza a livello sia legale sia medico e organizzano materialmente il suicidio assistito⁹¹.

Tra l'altro, tutte le statistiche della Confederazione sull'aiuto al suicidio si riferiscono alle persone domiciliate in Svizzera, ossia alla popolazione residente permanente⁹². La Confederazione non allestisce, per contro, una statistica ufficiale dei casi di aiuto al suicidio, realizzati in Svizzera, ma riguardanti persone domiciliate all'estero.

A ben vedere, la maggior parte delle organizzazioni di aiuto al suicidio attive in Svizzera pubblica autonomamente le proprie statistiche⁹³. Ad esempio, *Dignitas*, l'associazione che ha accolto Fabiano Antoniani – aiutato da Marco Cappato – per accompagnarlo verso il suicidio assistito, pubblica le sue statistiche sul proprio sito web. Da esse si desume che dal 1998 al 2022 l'associazione *Dignitas* ha fornito aiuto al suicidio a 3666 persone, di cui 207 residenti in Italia⁹⁴. Tra l'altro, da notarsi che nel 2021 si è registrato un picco di accessi all'aiuto al suicidio da parte di persone italiane: su 212 suicidi assistiti, 26 riguardavano residenti in Italia.

Ponendosi nell'ottica del giurista italiano, pare potersi affermare che il c.d. "suicide tourism" dall'Italia alla Svizzera non ha subito rilevanti modifiche in seguito alla pronuncia della Corte costituzionale italiana n. 242/2019 e pare potersi ipotizzare che tale fenomeno si manterrà costante. Infatti, da un lato, in Svizzera vige un quadro giuridico applicabile al suicidio assistito molto liberale che tuttavia – come si è cercato di evidenziare nei paragrafi precedenti – non costituisce un arsenale soddisfacente e adeguato per controllare gli abusi. Dall'altro, in Italia è attualmente vigente una disciplina fortemente restrittiva, che si è affermata per via giurisprudenziale e che, nella prassi, sta trovando applicazione in rari casi⁹⁵. Alla luce di tali elementi, si ritiene probabile il mantenimento di un flusso

⁸⁹ C. ROUILLER, L. ROUSSIANOS, *Le droit à la vie et le droit de mourir dignement – Esquisse d'une problématique relative aux actes médicaux pratiqués sur les patients en fin de vie*, in *Revue de la Société des juristes bernois*, 2006, 938 ss.

⁹⁰ G. BERSANI, R. RINALDI, A. IANNITELLI, *Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria.*, in *Rivista di Psichiatria*, 4, 2018, 173.

⁹¹ S. GAUTHIER, J. MAUSBACH, T. REISCH, C. BARTSCH, *Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon*, in *Journal of Medical Ethics*, 8, 2015, 611 ss.

⁹² Sul punto si veda l'indirizzo ufficiale <https://www.bfs.admin.ch/bfs/it/home/statistiche/salute/stato-salute/mortalita-cause-morte/specifiche.html>.

⁹³ A ben vedere, non tutte le associazioni di aiuto al suicidio prestano i propri servizi a persone residenti al di fuori dei confini svizzeri. Secondo i loro statuti, infatti alcune organizzazioni (ad esempio EXIT – *Deutsche Schweiz* ed EXIT A.D.M.D.) non prestano aiuto al suicidio a stranieri senza domicilio in Svizzera.

⁹⁴ <http://www.dignitas.ch/images/stories/pdf/statistik-ftb-jahr-wohnsitz-1998-2022.pdf>.

⁹⁵ Per una breve panoramica dei casi successivi alla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale, in cui pazienti italiani hanno avuto accesso al suicidio assistito in Italia, si veda <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/138765>.

costante di persone di cittadinanza italiana che, non presentando gli specifici requisiti imposti dalla sentenza n. 242/2019 della Corte costituzionale italiana, si sposteranno verso la Svizzera con l'unico fine di ottenere oltre confine l'aiuto al suicidio da parte delle associazioni elvetiche.