

Rapporto

numero

data

Dipartimento

25 febbraio 2016

SANITÀ E SOCIALITÀ

Concerne

della Commissione speciale sanitaria sull'iniziativa parlamentare 24 novembre 2014 presentata nella forma generica da Michela Delcò Petralli e cofirmatari per il diritto all'accompagnamento al suicidio assistito

1. L'INIZIATIVA DEL 24 NOVEMBRE 2014

“Dopo il Canton Zurigo, anche 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 beneficiare 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 prendersi carico dell'individuo.

Anche in Ticino, i pazienti, degenti in case per anziani, che intendono ricorrere al suicidio assistito devono farlo all'esterno della struttura. È una imposizione che non si comprende, soprattutto per rapporto all'età degli ospiti e al loro stato di salute. Chi ricorre e può ricorrere al suicidio assistito sono persone gravemente ammalate (malati terminali, malati di atrofia muscolare, ecc.) e un loro trasferimento, fuori dalle mura di accoglienza, rappresenta non solo un'inutile incomodità ma anche un'umiliante condanna morale.

Lo stesso discorso vale anche per i pazienti degenti in strutture ospedaliere. La possibilità di ricorrere al suicidio assistito non è un diritto acquisito, ancorato nella legge, e quindi dipende sempre dalla sensibilità della direzione e del personale curante.

L'anno scorso, i suicidi assistiti in CH, con Exit ZH, sono stati 459, di cui 12 in Ticino. Dignitas ne ha seguiti circa 200 a livello nazionale ed Exit Admd Ginevra circa 150.

Si ricorda qui che l'assistenza al suicidio è data solo in casi particolarmente gravi e solo se la persona che lo richiede è perfettamente in grado di comprendere quello che chiede.

All'art. 19 cpv. 1 della LSan è previsto il diritto all'accompagnamento alla morte per i pazienti degenti in strutture sanitarie stazionarie, ma questo diritto non sembra riferirsi al diritto al suicidio assistito quanto piuttosto ad una assistenza spirituale.

Art. 19

¹ I diritti e le libertà individuali dei pazienti delle strutture sanitarie stazionarie possono essere limitati solo per motivi di ordine medico o organizzativo prevalenti. In particolare i pazienti hanno diritto all'assistenza spirituale, all'accompagnamento alla morte e alla presenza delle persone prossime. La degenza non deve privare il paziente di alcun diritto civile e costituzionale.

*Al di là delle sensibilità di ognuno di noi, e delle nostre convinzioni religiose, i sottoscritti deputati credono sia giusto che ogni persona possa scegliere con dignità e consapevolezza il modo in cui porre fine alle sue sofferenze. Pertanto con la presente iniziativa, i sottoscritti deputati chiedono che nella legge sia **inserito un esplicito diritto al suicidio assistito** per i pazienti degenti in strutture sanitarie (quindi anche le case anziani) tramite una modifica della legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Lsan) o/e la Legge concernente il promovimento, il coordinamento e il finanziamento delle attività a favore delle persone anziane (LANz).*

La modifica potrebbe anche accompagnarsi a una serie di condizioni da stabilire dal Legislativo.

*Michela Delcò Petralli
Crivelli Barella - Maggi - Savoia”*

2. LA PROBLEMATICA

La Commissione speciale sanitaria (CS) ha più volte affrontato nelle sue sedute il tema sollevato dall’iniziativista. L’opinione comune è sempre stata quella che si stava affrontando un tema difficile, dalle molte sfaccettature; un tema in cui i chiari confini tra diritto, coscienza, politica, arte medica, etica diventano molto sottili fino a scomparire. Le varie discipline della conoscenza umana, se prese singolarmente anche con il massimo del loro “stato dell’arte”, sembrano non bastare da sole per tracciare dei criteri che poi possono servire a formare un giudizio.

Quando si tratta di questioni di vita o di morte nel vero senso e nel vero significato di queste parole, le categorie di giudizio tradizionali che possono offrire gli addetti ai lavori: lo specialista, il politico, il legislatore, il giurista, il medico, lo psicologo, il religioso ecc. si mescolano; e chiunque percepisce la necessità di affrontare la materia cercando di tener conto del maggior numero di fattori possibili, ma alla fine ci si rende conto che qualcosa sfugge sempre. Più si sommano elementi e più si ascoltano pareri, più ne mancano; si ha sempre l’impressione paradossale di muoversi su un terreno estraneo e conosciuto nello stesso tempo. Sembra di aver capito tutto ma poi manca sempre qualcosa. Per questa ragione, e con queste condizioni di partenza, siamo coscienti che il giudizio della Commissione sia ben lontano dalla perfezione, ma certamente è il frutto di un impegno e di una passione per cercare di avvicinarsi il più possibile a ciò che riteniamo più consono e corrispondente alla “cosa giusta” avendo tenuto conto del massimo possibile dei pro e dei contro di tutti gli elementi vagliati. Un lavoro difficile e certamente anche non privo di errori e pregiudizi in un senso e nell’altro. Pensiamo solo alla legittima diversità di percezione prima del problema e poi di soluzione da parte di chi è più vicino a queste situazioni di decisione estrema: i medici. O alla diversità di percezione da parte dei parenti o delle persone care, o ancora del personale curante. O all’interpretazione di numeri aridi della statistica. Insomma si tratta di un tema che non permette di trovare una risposta, compiuta, sicura, condivisa ricorrendo al metodo mono-disciplinare, sia esso giuridico o medico o altro. Soltanto un approccio olistico, cioè che tiene conto di tutti gli elementi e i fattori in gioco senza farne una gerarchia valoriale, permette di avvicinarsi a nostro modo di vedere a una proposta sostenibile e difendibile.

La proposta di fondo contenuta nell’Iniziativa non va a cercare una legittimità solo giuridica (la modifica dell’art. 19 cpv 1 della LSan), ma per forza di cose è una proposta che va a toccare indirettamente e direttamente altri aspetti che stanno proprio in quello spazio individuale delicatissimo e intimissimo tra la vita e la morte di una persona, non solo, ma anche va ad investire tutte quelle terze persone che si muovono professionalmente o affettivamente proprio in questo spazio fragile ed estremo; in questo spazio in cui il tempo sembra fermarsi per permetterci di capire quale è la portata della scelta da fare di fronte a questo bivio.

Un bivio talmente importante e delicato sul quale legiferare, che la politica e per essa questa Commissione ha capito di doverlo affrontare con la massima serietà professionale e la massima sensibilità umana. In questo senso la Politica è ben cosciente che quando legifera, specie in questi campi delicati, non regola solo una problematica ma va a

generare anche la modifica dei comportamenti, degli usi, dei costumi sociali e incide indirettamente sui valori e la responsabilità personale.

L'Iniziativa oggetto di questo Rapporto commissionale fa nascere come detto dei quesiti che vanno ben oltre agli aspetti pragmatici di logistica immobiliare o alla banalizzazione del tema fino a ridurlo alla semplice dotazione di spazi adeguati affinché il SA possa avvenire con una "certa dignità". No, l'Iniziativa pone a monte dei quesiti che non possono non obbligare il Legislatore a svolgere un lungo e duro lavoro di pensiero, che non possono non mettere in discussione le nostre convinzioni ultime di fronte alla morte e al modo di permetterla. In quest'orizzonte, nella ricerca di una soluzione, prima degli aspetti materiali, occorre umilmente ammettere che si trovano più domande aperte che risposte. Solo per citarne alcune: da dove discende o da cosa è originato il Diritto su temi come questi? L'uomo può sempre fare tutto ciò che sa fare? Vi è una dimensione di bene e di male in senso religioso o di corretto e sbagliato in senso laico che deve prevalere? Chi mette in azione la catena di causa effetto su temi come questi è poi in grado di controllarne le derive? Dove è il confine tra chi autorizza e chi esegue? Quali e chi sono le parti deboli in gioco? Un gesto grave e ultimo per alleviare la sofferenza è merita il titolo di pietà? Molte altre domande si aprono in questo campo e rimarranno senza risposta; la Commissione in totale buona fede ha cercato di restringere il perimetro di indagine per individuare la posizione che presenta secondo il suo giudizio, certamente imperfetto, le ragioni che giustificano meglio l'opposizione al contenuto dell'iniziativa.

La Commissione nel suo lavoro di analisi, oltre che all'iniziativista signora Michele Delcò - Petralli ha voluto sentire in audizione commissionale, il parere di tre note personalità ticinesi molto vicine alla problematica, si tratta dei signori: Dr. med. Prof. Franco Cavalli, Dr. med. Franco Tanzi, Dr. med. Prof. Paolo Merlani. Inutile dire che i loro interventi sono stati di primissima qualità per noi politici e che ci abbiano aiutato nel formulare il nostro giudizio. Le loro tesi, verbalizzate, sono state importanti e ricche di spunti per il dibattito commissionale. Varrebbe al pena di integrarle in questo Rapporto ma rischiano di appesantire la scorrevolezza del discorso; ciò non di meno proprio per la loro qualità vengono allegate a questo rapporto per permettere ai colleghi Parlamentari di approfondire ulteriormente la problematica sollevata dall'Iniziativa e farsi un proprio giudizio anche sulla base dei pareri di questi esperti.

Il presente Rapporto tiene anche conto dell'esistenza e dei contenuti del Documento di riferimento in materia, che l'EOC tramite la sua Commissione di etica clinica (COMEC) ha redatto come Quaderno N.2: Il suicidio assistito in ambito ospedaliero; un testo pubblicato già nel 2005 che mantiene però totalmente la sua attualità nelle questioni centrali e cruciali. Come pure di prese di posizione sul tema che hanno concorso direttamente o indirettamente alla realizzazione di quel testo.

3. SUICIDIO ASSISTITO IN AMBITO OSPEDALIERO

Introduzione

Per permettere alle colleghe e ai colleghi Parlamentari di calarsi nel tema con le necessarie precauzioni è interessante andare a rileggere alcuni passaggi contenuti nel Quaderno N. 2 della COMEC dell'EOC.

La delicatezza e la complessità del tema sono ben riassunte nei testi del Dr. med. Fabrizio Barazzoni, Presidente COMEC e prof. Dr. med. Claudio Marone che facevano da introduzione al lavoro redatto dalla COMEC nel 2005.

Li riproduciamo integralmente qui di seguito.

Il suicidio assistito in ambito ospedaliero

Dr med. Fabrizio Barazzoni, Presidente COMEC

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

Questa disposizione penale è particolare alla Svizzera nella misura in cui nella maggior parte dei paesi che hanno legiferato su tale oggetto lo hanno fatto pensando ai malati in fase terminale; la disposizione del codice penale svizzero invece non ha, all'origine, alcun legame con la professione sanitaria né con il malato terminale propriamente detto. Il fatto di non punire penalmente un gesto però non risolve assolutamente il dilemma morale in cui può trovarsi il personale curante di fronte a una domanda di suicidio assistito. Infatti, in tali situazioni, vi sono almeno tre livelli morali che si sovrappongono: innanzitutto vi sono le convinzioni personali del personale curante. In secondo luogo vi sono i suoi obblighi deontologici che generalmente fanno riferimento alla finalità terapeutica dell'attività medico-infermieristica. In terzo luogo poi non va dimenticato che la maggior parte dei curanti, ad eccezione degli indipendenti, opera nell'ambito di un'istituzione la quale ha anch'essa un insieme di valori guida (a volte espliciti, a volte meno espliciti). A tutto questo si aggiunge pure un altro rilevante quesito, ovvero quello a sapere come giudicare l'autonomia e la capacità decisionale del paziente in un ambito così "fragilizzante" come può essere a volte quello ospedaliero.

La situazione del personale medico e infermieristico svizzero potrebbe, di primo acchito, apparire assai semplice se si tenesse unicamente conto della disposizione penale: in realtà essa è assai più complessa di quanto si potrebbe credere inizialmente, non da ultimo per gli aspetti emotivi che il problema solleva. Lo scopo della seconda giornata di riflessione organizzata dal Commissione di etica clinica dell'EOC (COMEC) - svoltasi l'11

maggio 2005 all'Università della Svizzera Italiana a Lugano e dedicata al tema del suicidio assistito - è stata appunto quello di cercare di fare chiarezza su questo delicato, complesso e rilevante tema attraverso sguardi interdisciplinari e punti di vista diversi, con l'intenzione di offrire al personale di cura le necessarie conoscenze per fare fronte a domande o a richieste che in futuro non sembrano destinate a sparire. Allo scopo di conservare una traccia di quanto esposto dagli oratori che hanno animato il pomeriggio di riflessione, abbiamo deciso di raccogliere i contributi dei relatori nel secondo quaderno della COMEC, offrendo in questo modo, anche a coloro che non hanno potuto presenziare all'incontro, di accedere alle relazioni tenute. Ci auguriamo che anche questa volta l'iniziativa possa trovare l'interesse da parte di chi è particolarmente sensibile a queste rilevanti problematiche.

Introduzione Suicidio assistito

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

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

attualmente per fortuna la richiesta è minima, ritengo utile e indicato che la COMEC abbia organizzato un pomeriggio di studio. Ma cos'è il suicidio assistito?

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

Addirittura in Svizzera la disposizione del Codice Penale non ha dei legami con la professione sanitaria o con la malattia, a differenza degli altri Paesi. I risultati dell'Oregon sono stati pubblicati a più riprese e si vede che dal 1998 al 2004 208 persone hanno terminato la loro vita in modo consapevole assumendo dei medicinali che sono stati loro prescritti; questo numero tende ad aumentare negli anni, nel 2004 erano 37 morti e si tratta di circa l'1% di tutte le morti che avvengono per causa naturale.¹ Perlopiù i pazienti erano affetti da malattie tumorali, ma anche da altre patologie come la sclerosi laterale amiotrofica o la SIDA. È forse interessante notare che la ragione per la scelta del suicidio assistito non è tanto il dolore insopportabile, ma la perdita di autonomia, di dignità e l'impossibilità di gioire ancora della vita. Solo una percentuale minore ha scelto questa via a causa di un controllo inadeguato del dolore. Di solito dopo aver ingerito la mistura letale la morte è intervenuta dopo circa 25 minuti (si tratta della mediana). Da noi, anche se la situazione legale è chiara, esistono problemi a tre livelli morali per chi è confrontato con una richiesta di suicidio assistito. Dapprima come struttura sanitaria, in seguito come operatore sanitario, e inoltre come persona con una propria convinzione. Per tutte le persone che in un modo o nell'altro vengono a contatto con una richiesta come quella di un suicidio assistito si apre un fronte altamente emotivo e si crea spesso una situazione di grossa ambivalenza. Questo anche perché negli anni il rapporto tra operatore sanitario e paziente è cambiato moltissimo. Da una visione ippocratica dell'assistenza medica dove in fondo il medico assecondava e osservava la natura si è diventati sempre più attivi e interventisti cercando invece di correggere quelli che possiamo chiamare "errori" o "danni" naturali (infezioni, tumori). Le attività mediche sono più invasive, sia con terapie chirurgiche, ma anche mediche (penso per es. alle chemioterapie dei tumori). Si è andati ancora oltre con le terapie sostitutive attuali (i trapianti), dove dal punto di vista etico si potrebbe discutere se sia giusto offrire in fondo una seconda vita a pochi fortunati, quando nel mondo esistono ancora milioni di persone che non riescono ad ottenere le cure di base più semplici. Anche la Chiesa accetta certi cambiamenti del rapporto medico/paziente, in particolare per quanto riguarda il dolore che una volta era visto come prova positiva che il paziente sopportava per la propria purificazione e beatificazione, mentre ora tutti, credenti e non, partecipano al progetto "Uniti contro il dolore" dove, con i mezzi moderni che abbiamo a disposizione, riusciamo a togliere la sofferenza e a migliorare la qualità di vita fisica di un paziente fino ai suoi ultimi giorni. Ma è cambiato anche il rapporto con la vita stessa. Infatti tutti siamo d'accordo che il diritto alla vita è intoccabile, cominciano poi le discussioni sulla definizione di "vita" a sapere quando questa inizia, ma anche quando questa termina; quando si può ancora parlare di "vita", se la vera "vita" è quella vegetativa, oppure relazionale o altro. Pertanto si è spostato il problema del diritto alla vita al concetto di diritto alla morte quando la vita non è più considerata tale; qui osserviamo chiaramente i due estremi che non possono andare d'accordo: quello del credente per cui non esiste un diritto alla propria morte dal momento che la vita ci è stata data da Dio e solo lui può dire come e quando essa terminerà, a quello completamente contrapposto del non credente che ritiene essere la vita di suo dominio, e quindi solo lui può sanzionarne la durata e la via d'uscita. Sollevati questi aspetti, che in fondo non hanno una soluzione comune essendo i punti di partenza così lontani, dobbiamo però risolvere quello dell'aiuto al suicidio assistito poiché la legge non lo punisce ed è un diritto lasciato all'autonomia del paziente a determinate condizioni. Per quanto riguarda le istituzioni io credo che un Ospedale pubblico debba valutare questa problematica e trovare una soluzione adeguata per quei pazienti che non hanno alternative a casa o in un'altra struttura dove erano soliti vivere. Per il problema individuale è chiaro che ognuno può decidere come meglio crede e se una persona dovesse operare in un Istituto dove esista questa possibilità, deve avere la scelta di ritirarsi dall'assistenza

di un paziente che intende commettere suicidio. C'è poi il problema dell'operatore sanitario, in particolare del medico, che secondo me - credente o non credente - non può sfuggire a questo confronto. Nelle situazioni problematiche o dove non esiste una base legale, l'Accademia Svizzera delle Scienze dà delle direttive e in effetti se ne stanno preparando sul suicidio assistito. I progetti hanno già però dato adito a molte critiche. Infatti l'Accademia ha deciso, tenendo conto del pluralismo di opinione, di mettere una frase che crea perplessità. Il passaggio è il seguente:

“La mission des médecins prenant en charge des patients en fin de vie consiste à soulager et accompagner le patient. Il n'est pas de leur devoir de proposer une assistance au suicide, au contraire, ils ont le devoir de soulager les souffrances qui pourraient être à l'origine d'un désir de suicide. Toutefois, un patient en fin de vie ne supportant plus sa situation peut exprimer son désir de mourir et persister dans ce désir. Dans ce genre de situation aux confins de la vie et de la mort, le médecin peut se retrouver face à un conflit difficile à gérer. D'une part, l'assistance au suicide ne fait pas partie de l'activité médicale, car elle est contraire aux buts de la médecine.

D'autre part, le respect de la volonté du patient est fondamental dans la relation médecin-patient. Un tel dilemme exige une décision morale personnelle du médecin qui doit être respectée en tant que telle.”

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

Bastano queste due introduzioni al testo della COMEC, che invitiamo a leggere integralmente, per chiarire che il dibattito sul Suicidio assistito (SA) è molto più ampio della discussione sul SA in ambito ospedaliero. Anche affrontando un aspetto particolare, occorre perciò guardare a questo problema globalmente. L'ospedale infatti è inserito organicamente nella società civile ed è in rapporto con essa. Da qui la necessità di alcune considerazioni generali.

4. LA QUANTIFICAZIONE DEI CASI

Il SA si situa in una zona grigia, sia come prassi e tanto più come trasparenza di dati e statistiche. Ufficialmente una prima ricerca statistica, condotta dall'Ufficio federale di statistica (UFS) è stata pubblicata per la prima volta nel 2012 e riguarda l'evoluzione del SA dal 1998 al 2009.

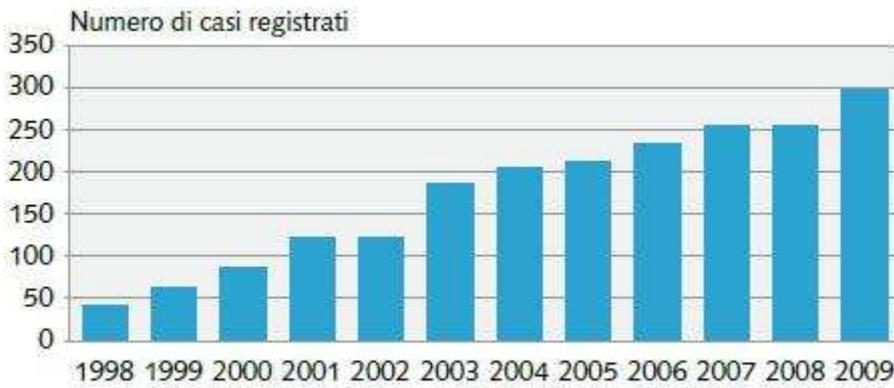
Nel commento che accompagna i dati l'UFS si dice: *“Nel 2009 in Svizzera sono stati registrati meno di 300 casi di assistenza al suicidio. L'Ufficio federale di statistica presenta per la prima volta i dati inerenti al tema. Quando si ricorre all'assistenza al suicidio e chi ne fa richiesta? Da quali malattie sono colpite le persone che richiedono tale assistenza? Come si distinguono i casi di suicidio assistito dai 1100 casi di suicidio? Per aiuto al suicidio si intende procurare la sostanza letale alla persona che auspica suicidarsi, che la assume senza l'aiuto di terzi. In Svizzera, le prime organizzazioni di assistenza al suicidio, come EXIT e Dignitas, sono nate 30 anni fa e prestano aiuto al suicidio secondo quanto disciplinato all'articolo 115 del Codice penale svizzero, che non vieta l'aiuto al suicidio se non viene prestato per motivi egoistici. Attualmente l'UST registra poco meno di 300 casi all'anno di persone residenti in Svizzera che fanno ricorso all'aiuto al suicidio, ovvero 4,8 decessi su 1000, mentre nei 10 anni*

prima il numero di casi era costantemente aumentato (G1). Mancano i dati relativi agli anni precedenti.”

Qui di seguito alcuni grafici che indicano l'evoluzione del fenomeno.

Suicidio assistito 1998–2009

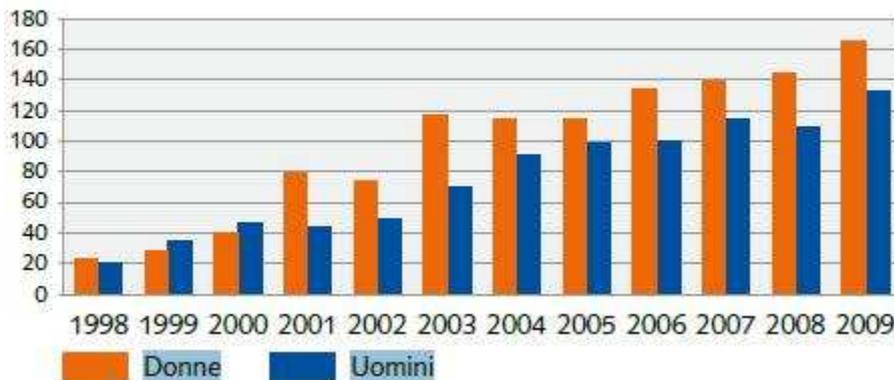
G 1



© UST

Suicidio assistito secondo il sesso 1998–2009

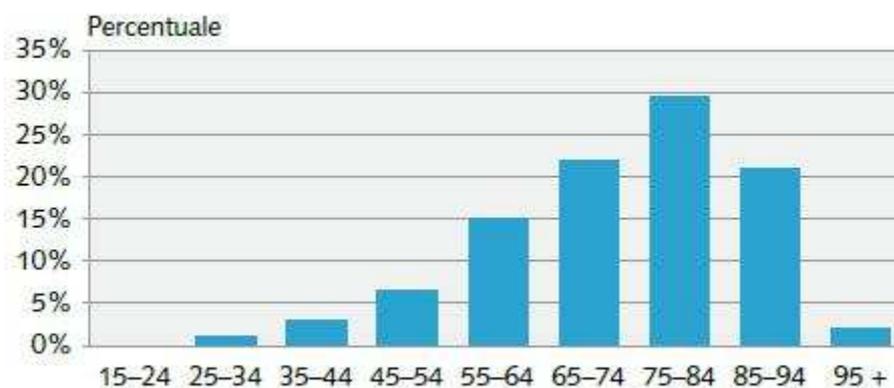
G 2



© UST

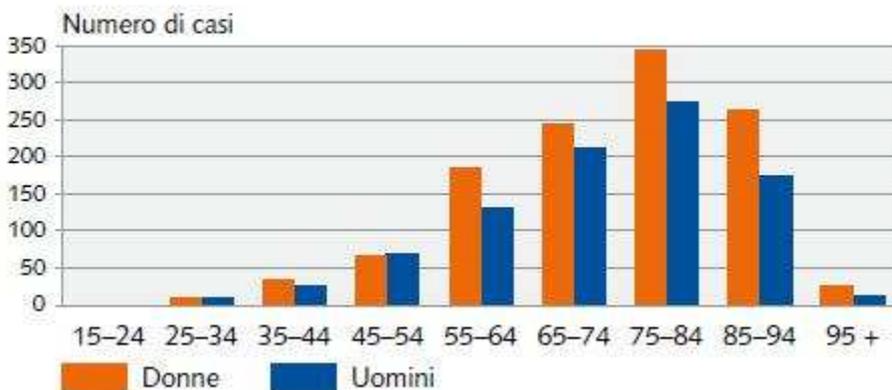
Suicidio assistito secondo l'età 1998/2009

G 3



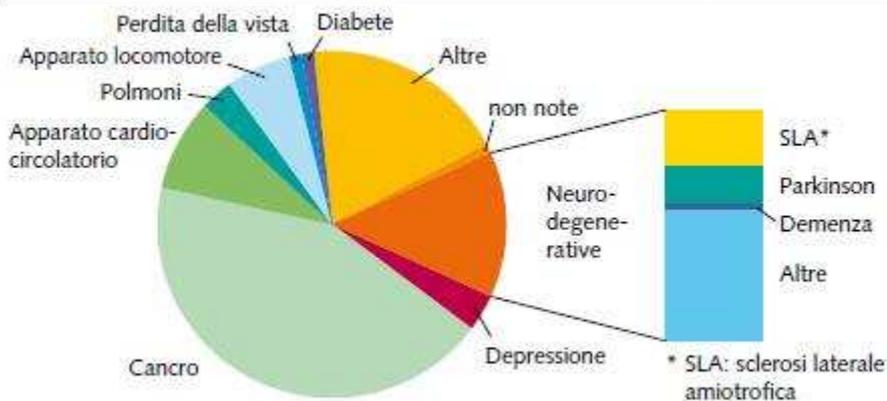
© UST

Suicidio assistito secondo il sesso e l'età 1998/2009 G 4



© UST

Malattie in caso di suicidio assistito 1998/2009 G 5

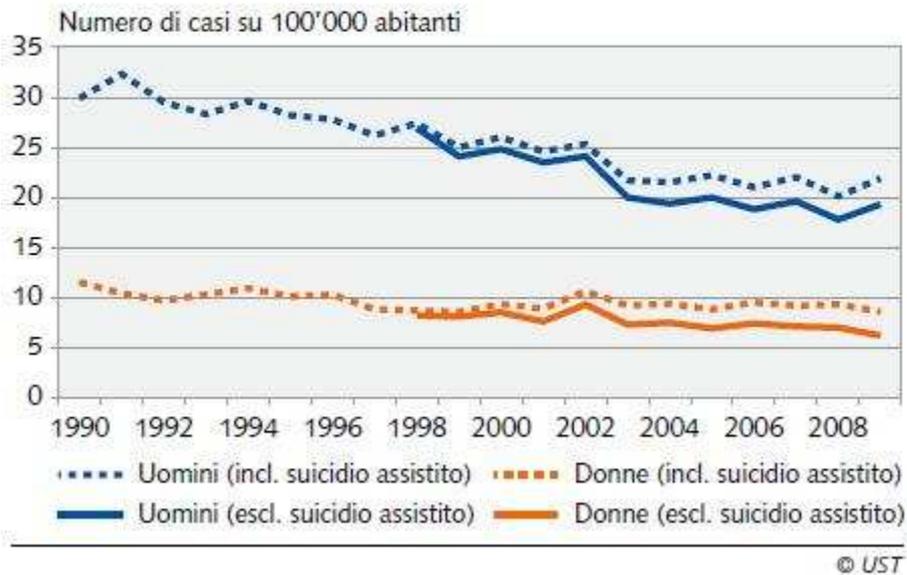


© UST

Suicidio assistito per Cantone di residenza 1998/2009 G 6



© UST



Dal 2012 non risultano più essere state fatte indagini ufficiali. Dai dati UFS si profila una crescita costante dei casi che dovrebbe essere proseguita anche per gli anni successivi. Le inchieste giornalistiche parziali e dati ufficiosi calcolati da più parti confermano la crescita continua e regolare della casistica in Svizzera. Non possono essere portate come valore statistico di riferimento ma permettono di considerare il fenomeno in fase attiva.

A titolo ufficioso, perché di statistiche trasparenti e certificate imparziali non ne esistono, prendiamo per buoni i dati dell'Iniziativista, che indicava per il 2013, i suicidi assistiti in CH, con Exit ZH, sono stati 459, di cui 12 in Ticino. Dignitas ne ha seguiti circa 200 a livello nazionale ed Exit Admd Ginevra circa 150.

5. LE RAGIONI GENERALI DI UN'OPPOSIZIONE ALLA PROPOSTA DELL'INIZIATIVA

Dal punto di vista individuale ciascuno ha di fatto, salvo rari casi di impedimento fisico, la possibilità di sopprimersi, ma non esiste un diritto al suicidio. Tanto meno esiste un diritto, derivato da questo, in base al quale una persona possa esigere da altri un aiuto a porre fine alla propria vita¹. Il suicidio non è mai stato riconosciuto come diritto e non figura nella "Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo" né nella "Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali". Parlare di diritto al suicidio significa introdurre una categoria etica e giuridica nuova e sposare una mentalità che vuole tradurre in diritto ogni desiderio ed inclinazione soggettiva, finendo per svuotare della sua forza la nozione stessa di diritto. Si tratta di un punto fondamentale dal quale non si può prescindere nella riflessione sul SA, anche in ambito ospedaliero.

Il principio di autonomia, invocato per fondare il diritto di decidere la propria morte, pur essendo un principio etico fondamentale, non è un assoluto. L'uomo non sceglie di darsi la vita e la stessa vita umana si sviluppa e cresce in una trama di relazioni al di fuori delle quali la persona semplicemente non può vivere (e non solo per ragioni "materiali")

1. Sentenza del Tribunale Federale sul suicidio assistito, DTF 2°.48-2006.

pratiche): la singola persona può essere se stessa solo in un orizzonte di rapporti in cui essa riceve e dà e di cui è responsabile. Esiste una costitutiva dimensione sociale della vita umana, che rende possibile e nello stesso tempo ordina l'autonomia del soggetto. In questo senso l'autonomia umana non comprende il diritto di porre fine alla propria vita, cioè di sopprimere il soggetto stesso dell'autonomia e dei diritti. Tra l'altro questa decisione assoluta e senza ritorno esigerebbe per sua natura una perfetta conoscenza di tutti gli elementi e di tutte le motivazioni implicati nella scelta suicidale, mentre la vita mostra una ricchezza e un'imprevedibilità che eccedono la nostra misura e ci rendono evidente l'impossibilità di dominarne tutti i fattori. Una decisione per di più che non riguarda solo il soggetto che compie l'atto suicidale ma ha inevitabili ripercussioni sociali non fosse altro che in termini di esempio e di emulazione.

La Commissione Nazionale di Etica² propone che ogni istituzione sia chiamata a decidere riguardo al SA all'interno della propria struttura. Si tratta di una soluzione di compromesso eticamente e politicamente molto discutibile. Come accettare in un campo tanto importante una così ampia autonomia delegata all'istituzione? Il SA non è solo una questione di etica privata. Ha un'evidente dimensione sociale e politica, che come tale non riguarda solo la singola istituzione ospedaliera ma l'insieme della società. Ed esige un'approfondita riflessione antropologica, etica e politica. In questo senso non può toccare alla singola struttura (neanche se si tratta di una struttura pubblica) decidere se ammettere o meno la pratica del SA.

Occorre poi considerare molto seriamente gli effetti morali e culturali dell'accettazione del SA e della sua relativa regolamentazione. La cosiddetta "slippery slope" esiste ed è documentata in parecchi casi. Il "pendio scivoloso", culturale e giuridico, passerà probabilmente attraverso l'estensione delle indicazioni: dai soli pazienti terminali, a quelli con malattie neurologiche invalidanti e irreversibili, alle persone con patologie psichiatriche, infine e nel tempo ad altre casistiche.

6. RAGIONI CONTRARIE AL SA IN AMBITO OSPEDALIERO

L'Iniziativa Delcò-Petralli ci ha permesso e dato l'occasione di entrare su un terreno difficile ma reale ed esistente della vita umana.

I dati statistici indicano che la situazione, pur essendo in aumento dei casi di SA, è ancora contenuta. Difficile sapere se le ragioni sono da condurre al quadro giuridico comunque ancora troppo precario, alla resistenza del corpo medico e curativo, all'influenza delle persone care; forse nemmeno tutti i casi sono però recensiti e giustificati statisticamente. Fatto sta che a prescindere dal numero di casi e dalla tendenza è un problema effettivo e che andrà vieppiù accentuandosi; quindi l'Iniziativa non fa altro che permetterci di prepararci per tempo ad affrontare un fenomeno individuale e sociale che potrebbe aumentare prima e più velocemente di quanto possiamo prevedere e stimare. Detto quanto sopra e tenuto conto di quanto esposto nelle pagine precedenti in termini di premesse generali, entriamo nel merito della questione, esponendo le ragioni dell'opposizione al SA in ambito ospedaliero.

L'assistenza al suicidio contraddice il principio etico fondamentale e quello deontologico del rispetto assoluto della vita del paziente. Il rispetto della vita è un dovere etico dell'uomo

² NEK/CNE, "L'assistance au suicide", prise de position no 9/2005

verso se stesso e verso gli altri. Esso si basa sul principio che la vita è un bene da preservare persino, e a maggior ragione, quando una persona soffre. Mettere in discussione tale principio, per esempio accettando il SA in ospedale, anche se con procedure di valutazioni rigorose e check-list elaborate, significa innescare una serie di conseguenze a catena, derivanti dall'allentamento delle leggi che proteggono la vita. Qui di seguito si elencano alcuni argomenti, non sono in ordine di importanza, proprio perché è estremamente difficile gerarchizzare le posizioni su un tema tanto delicato.

- a. Il SA, come d'altronde l'eutanasia, non è un'attività medica. Il principio del dovere di assistenza in questo campo non può arrivare fino a contribuire alla soppressione di una vita, soppressione seppur intesa come atto di pietà voluto per alleviare un'insopportabile e "indegna" sofferenza umana. Non si finirà di ribadire che il dolore e la sofferenza possono e devono essere affrontati in altro modo. La risposta alla domanda "L'obbligo di assistere un morente include anche la prestazione di un'assistenza al suicidio?" è dunque negativa, sia sul piano etico che su quello giuridico. E questo non significa assolutamente abbandonare il proprio paziente, ma proprio il contrario. Questo No significa che si è sempre pronti a spendersi in un rapporto mettendo in campo tutta la propria umanità e tutte le conoscenze/competenze (compreso l'uso di farmaci analgesici/sedativi necessari per lenire la sofferenza, anche correndo il rischio di accelerare la morte).

Abbandonare significa allontanarsi, andarsene, rompere, lasciar solo. Il medico che non accetta di assistere il paziente nel suicidio non se ne va, anzi, gli è chiesto un coinvolgimento, un'empatia, una compassione ancora maggiori.

Rifiutare di assistere il paziente nel suicidio significa in primo luogo esprimere una stima incondizionata per il paziente e la sua vita, pur in una situazione così difficile. Significa comunicare la certezza che la vita non è mai inutile o indegna di essere vissuta (tanto meno nella fase esistenzialmente cruciale dell'avvicinamento alla morte) e anche la speranza che accettando di vivere ci sia la possibilità, spesso imprevedibile, di un'esperienza umanamente significativa, magari proprio attraverso l'approfondimento di un rapporto con chi è chiamato ad accompagnare il paziente nell'ultimo tratto di vita. Tutto questo può avere sul paziente un effetto realmente benefico (non l'apparente sollievo di sapere di poter fruire del SA) e forse indurlo a ripensare la decisione del suicidio, molto spesso dettata da uno stato di depressione, di solitudine o dal timore di essere un peso troppo gravoso per gli altri.

D'altra parte non vale nemmeno l'argomento del male minore: meglio il suicidio in ospedale in condizioni rigorosamente controllate, che il suicidio fuori controllo, gestito per lo più da organizzazioni di dubbia affidabilità. Gli effetti negativi dell'istituzionalizzazione del SA in ospedale superano di gran lunga gli effetti negativi di abusi che possono verificarsi lasciando il SA alla gestione privata. Semmai il problema è quello di impedire che organizzazioni di professionisti del SA operino sulla base di un'interpretazione assai discutibile e forzata dell'articolo 115 del CPS.

- b. L'ammissione del SA in ospedale cambierebbe di fatto la sua missione, che è quella di guarire, curare, assistere e non di dare la morte. Sarebbe una sostanziale modifica del compito dell'arte del "guarire" e si introdurrebbe in ospedale la possibilità di abdicare a questo compito. Ciò avrebbe conseguenze per gli operatori (indebolimento della coscienza del proprio compito, tentazione della soluzione più facile e apparentemente umana di fronte al dramma della sofferenza grave o terminale), per gli altri pazienti, per i familiari (sentimenti di colpa, elaborazione del lutto) e infine per la società (perdita di fiducia nel corpo medico e nell'istituzione).

L'ospedale non deve diventare luogo dove la persona viene autorizzata ed aiutata a compiere il suicidio. E' l'esperienza quotidiana dei medici ad indicare quanto sia difficile valutare il grado di autonomia e la capacità decisionale di una persona ricoverata, nelle condizioni di fragilità, di insicurezza e di incertezza che la degenza genera. Il ricovero ospedaliero accentua tutti i pesanti condizionamenti che gravano sulla richiesta di SA e dunque l'accertamento rigoroso della decisione autonoma come condizione per ottenere il SA diventa ancor più illusorio. L'unico limite posto alla cura e all'assistenza del paziente ricoverato può essere solo la sua volontà di non subire trattamenti indesiderati o di lasciare, sotto propria responsabilità, l'ospedale.

- c. Il SA di una persona ricoverata non può lasciare indifferenti altri pazienti in situazioni analoghe. La vulnerabilità e la fragilità dei pazienti sono particolarmente grandi in ospedale, vi è dunque un forte rischio di emulazione. Dando seguito a una richiesta che di fatto è molto rara, rischiamo di venire meno al compito di tutelare l'insieme dei pazienti ricoverati.
- d. Proprio perché il SA non è un atto di autodeterminazione individuale ma implica per definizione la partecipazione di altri e ha dunque una dimensione sociale, la tutela delle persone che compongono la comunità, specialmente quelle più deboli e bisognose di protezione, prevale sull'autodeterminazione dell'individuo. Anche dal punto di vista della riflessione etica in medicina il principio dell'autonomia del paziente non è assoluto, ma deve essere bilanciato con gli altri due principi che la reggono: quello della beneficenza/non maleficenza e quello della giustizia. Nel caso del SA, in particolare del SA in ospedale, questi due principi prevalgono o almeno potrebbero prevalere, su quello dell'autonomia (valutazione della capacità decisionale, impatto di una tale decisione per gli altri pazienti).
- e. Per qualche paziente particolarmente sensibile il "diritto al suicidio" potrebbe trasformarsi in "dovere del suicidio" per alleviare gli oneri e le sofferenze altrui provocate dalla propria condizione. Inoltre come evitare il rischio di pressioni psicologiche e morali per indurre al suicidio, esercitate, per svariati interessi, da terze persone? Il tutto in un nuovo contesto in cui il suicidio, perso il suo carattere di gesto tragico diverrebbe per così dire "normalizzato", appare soluzione moralmente legittima e praticabile?
- f. Chi potrebbe negare poi il rischio che pazienti vengano ricoverati/fatti ricoverare proprio per compiere un SA? La possibilità che stranieri chiedano assistenza al suicidio nei nostri ospedali è concreta, soprattutto in Ticino, vicino a una nazione dove la legislazione è assai più restrittiva e il tema eutanasia/suicidio assistito molto dibattuto.
- g. La decisione di accettare la richiesta di SA non si basa solo sull'esclusiva volontà del malato; essa implica anche un giudizio da parte del medico circa il grado di consapevolezza del malato e circa la qualità e la dignità della sua vita in quella determinata situazione. Ciò significa attribuire al medico (che prescrive il farmaco o che accetta che l'atto del suicidio si svolga in ospedale) un potere eccessivo. E significa accettare il fatto che alcune vite siano giudicate ormai senza valore e indegne di essere vissute. Riconoscere questo potere di giudizio apre prospettive – come anche la storia ci mostra – di estrema gravità..

7. ASPETTO GIURIDICO

(tratto dal sito <https://www.bj.admin.ch/bj/it/home.html>)

“Di cosa si tratta?”

In Svizzera il divieto di uccidere è assoluto. È pertanto proibita l'eutanasia attiva diretta (omicidio per mettere fine alle sofferenze di una persona). Pur non essendo espressamente disciplinate nella legge, a determinate condizioni non sono per contro punite l'eutanasia attiva indiretta e quella passiva (alleviamento del dolore con l'effetto secondario di ridurre la durata della vita risp. rinuncia ad avviare o sospensione di terapie di sostentamento vitale). Non è necessario alcun intervento normativo a riguardo. Dopo vari esami approfonditi della situazione, il Consiglio federale ha concluso che non occorre una normativa penale esplicita in materia di assistenza organizzata al suicidio e che gli strumenti normativi vigenti sono sufficienti per contrastare gli eventuali abusi.

Assistenza al suicidio (detto anche aiuto al suicidio)

Soltanto chi "per motivi egoistici" aiuta una persona al suicidio (ad es. procurandogli una sostanza letale), è punito secondo l'articolo 115 CP con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.

Nel caso dell'aiuto al suicidio si tratta di procurare la sostanza letale al paziente che auspica suicidarsi. Quest'ultimo poi la ingerisce senza l'aiuto di terzi.

Organizzazioni come EXIT prestano assistenza al suicidio nell'ambito di questa legge. Esse non sono punibili fintanto che non è possibile rimproverare loro motivi egoistici.

Secondo le Direttive-ASSM l'aiuto al suicidio non è un "aspetto dell'attività medica".

Cos'è stato fatto finora?

- Il 31 maggio 2006 il Consiglio federale prende atto del rapporto "Eutanasia e medicina palliativa – La Confederazione deve legiferare?" e raccomanda al Parlamento di rinunciare sia a rivedere le pertinenti disposizioni del Codice penale sia a emanare una legge sull'ammissione e sulla vigilanza delle organizzazioni di aiuto al suicidio.
- Il 29 agosto 2007 il Consiglio federale prende atto del rapporto completo sull'eutanasia.
- Il 2 luglio 2008 il Consiglio federale incarica il Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) di approfondire la questione delle organizzazioni che aiutano al suicidio per chiarire se siano necessarie disposizioni legali specifiche e di presentare un rapporto per l'inizio del 2009.
- Il 17 giugno 2009 nella seduta del Consiglio federale ha luogo un primo scambio di opinioni in merito all'assistenza organizzata al suicidio. Sono discusse restrizioni legali e un divieto dell'assistenza organizzata al suicidio.
- Il 28 ottobre 2009 il Consiglio federale invia in consultazione due varianti di modifica del diritto penale con lo scopo disciplinare espressamente l'assistenza organizzata al suicidio.
- Il 17 settembre 2010 il Consiglio federale prende atto dei risultati della procedura di consultazione e incarica il DFGP di elaborare un messaggio.

- Il giugno 2011 il Consiglio rinuncia a disciplinare esplicitamente l'assistenza organizzata al suicidio nel diritto penale. Intende tuttavia continuare a promuovere la prevenzione dei suicidi e le cure palliative per ridurre il numero di suicidi.”

Riportiamo qui le conclusioni del marzo 2010, della presa di posizione del Governo ticinese alla procedura di consultazione federale dell'ottobre 2009:

“In conclusione

Queste nostre osservazioni critiche non vanno comunque comprese come una proposta che la Confederazione debba lasciare semplicemente l'articolo 115 CP così come è attualmente formulato, senza altre misure regolatrici atte a meglio gestire le pratiche di aiuto al suicidio e la loro radicazione in associazioni ad hoc. Al contrario: siamo del parere che le attività di queste organizzazioni vadano regolate e sorvegliate. La nostra critica si concentra soprattutto sulla scelta fatta di limitarsi ad una revisione dell'attuale norma del codice penale al suo articolo 115 senza prendere in considerazione altri scenari di regolamentazione. Siamo infatti dell'avviso che il Codice penale svizzero - e di conseguenza anche il Codice penale militare - non siano gli strumenti adatti regolamentare tale argomento. Quella delta sanzione penale infatti non è l'unico strumento che lo Stato di diritto ha a disposizione per meglio gestire pratiche, come quella del suicidio assistito, che provocano dissensi sociali profondi e legati a convinzioni morale altrettanto profonde e radicate in parte della popolazione.

Siamo del parere che l'opinione pubblica svizzera sia soprattutto irritata dagli aspetti "quasi egoistici" messi in evidenza da alcune organizzazioni al riguardo. Anche la prassi legata all'aiuto prestato a persone provenienti dall'Estero costituisce un problema, non tanto per il fatto che queste persone non risiedono nel nostro territorio (sarebbe grottesco pensare che la non punibilità dell'aiuto al suicidio sia una ragione ed un motivo applicabile solo a residenti), bensì per il fatto che queste persone si tolgano la vita senza che ai sia verificato diligentemente quale sia la loro capacità di discernimento quale sia davvero la loro volontà. Le riforme proposte nell'avamprogetto si limitano a codificare degli accordi pragmatici già adottati nel Canton Zurigo, ma non affrontano nella sua globalità il tema dell'assistenza al suicidio che, per numerosi aspetti morali, etici e medici, si pone vicino alla tematica dell'eutanasia e necessita quindi di una legge ad hoc che regoli ogni aspetto legato all'autodeterminazione del singolo di porre dignitosamente fine alla propria esistenza, così pure l'aspetto di coloro che prestano l'aiuto richiesto (responsabili ed assistenti di organizzazioni di aiuto al suicidio, medici e personale paramedico e di ogni altra persona che potrebbe, in un modo o nell'altro, esserne coinvolta). Proponiamo dunque che le autorità federali elaborino un progetto di regolamentazione ad hoc, a carattere non esclusivamente penale, eventualmente anche assortito di sanzioni amministrative. Tale strumento legislativo dovrebbe porre la sua attenzione più specifica sul carattere strettamente altruista di qualsiasi forma di aiuto al suicidio e al divieto di attività promozionali. Vanno quindi regolati in prima linea gli aspetti finanziari e patrimoniali delle organizzazioni che agiscono in questo ambito. Un problema di difficile soluzione e su cui non riusciamo a proporre una norma precisa è dato dal fatto che le sostanze usate per suicidarsi in maniera "non violenta" e senza alcun dolore, sono sostanze sottoposte a prescrizione medica. In questo senso ammettiamo che un certo qu legame tra suicidio assistito e ars medica sussista comunque e non vediamo come si possa evitare completamente questo scoglio. Una liberalizzazione completa del Pentobarbital (sostanza generalmente usata dalle organizzazioni di aiuto al suicidio) porrebbe problemi importanti di ordine pubblico. Lo sforzo che il Dipartimento federale di giustizia e polizia ha fatto per cercare una nuova regolamentazione di questa materia complessa e lodevole anche se a nostro avviso non è accettabile in entrambi le varianti. Permane comunque la necessità di legiferare, anche se dovranno essere cercate altre strade, esterne al codice penale e maggiormente rispettose della complessità del fenomeno. Sosteniamo evidentemente tutti gli sforzi che la Confederazione compie per prevenire la domanda di suicidio, sia in fin di vita che in altri contesti esistenziali. Si tratta di coniugare due beni supremi che, nel caso del suicidio assistito, entrano in un inestricabile conflitto: il valore e la dignità della vita umana da una parte ed il rispetto dell'autonomia e della libertà di ogni essere umano dall'altra. Il diritto riesce talvolta ad evitare situazioni inaccettabili, ma non è sempre capace di sciogliere perfettamente ogni nodo della vita umana.”

Nel comunicato stampa che il Dipartimento federale di giustizia e polizia ha allestito sintetizzando i risultati della consultazione del 2010 si può leggere:

“L'assistenza organizzata al suicidio va disciplinata espressamente. Il Consiglio federale prende atto dei risultati della consultazione

Comunicati, DFGP, 17.09.2010

Berna. In occasione della procedura di consultazione, una netta maggioranza dei Cantoni, dei partiti e delle organizzazioni interessate si è espressa a favore di un disciplinamento esplicito dell'assistenza organizzata al suicidio a livello federale. Venerdì il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale di giustizia e polizia di fissare gli obblighi di diligenza proposti per i collaboratori delle organizzazioni di aiuto al suicidio basandosi sui risultati della consultazione e di presentare il relativo messaggio entro la fine del 2010. Contemporaneamente il Dipartimento federale dell'interno avanzerà proposte per incentivare maggiormente la prevenzione del suicidio e la medicina palliativa.

I meccanismi di controllo statali e professionali esistenti non sono abbastanza efficaci, per cui il Consiglio federale ritiene che sia necessario imporre nuove linee guida e nuovi limiti. Per tale motivo lo scorso autunno ha posto in consultazione due varianti di modifica del diritto penale che prevedevano, da un lato, rigidi obblighi di diligenza per i collaboratori delle organizzazioni di aiuto al suicidio e, dall'altro, il divieto dell'assistenza al suicidio. 22 Cantoni, 8 partiti e 54 organizzazioni hanno confermato la necessità di agire sul piano legislativo. Soltanto 4 Cantoni, 5 partiti e 16 organizzazioni ritengono che il diritto in vigore sia sufficiente a impedire possibili abusi.

Nessun consenso

Sebbene una netta maggioranza confermi la necessità di agire a livello federale, vi sono pareri discordanti sulla modalità di regolamentazione dell'assistenza organizzata al suicidio. 35 partecipanti alla consultazione si esprimono a favore di rigidi obblighi di diligenza (variante 1), 20 a favore di un divieto dell'assistenza organizzata al suicidio (variante 2) e 22 propugnano una legge speciale. La variante 1 è stata criticata perché troppo complessa e imprecisa. Inoltre è stata definita inammissibile e discriminatoria la disposizione secondo cui l'assistenza organizzata al suicidio deve essere riservata ai malati terminali. Sono poi state espresse riserve in merito alla disposizione che prevede il ricorso a tre medici per l'assistenza al suicidio: uno che certifichi la capacità di discernimento, uno che attesti la malattia letale e uno che prescriva il narcotico pentobarbitale sodico. La variante 2 è stata rigettata soprattutto perché ritenuta una limitazione inammissibile del diritto all'autodeterminazione.

Diversi partecipanti alla consultazione preferirebbero una legge speciale che disciplinasse l'attività delle organizzazioni di aiuto al suicidio e hanno proposto di assoggettarle a un obbligo di autorizzazione oppure di istituire un meccanismo di vigilanza medica oppure un controllo da parte delle autorità. Numerosi partecipanti hanno inoltre esortato il Consiglio federale a incentivare maggiormente la prevenzione del suicidio e la medicina palliativa.

Fissazione di obblighi di diligenza

Tre quarti dei partecipanti alla consultazione hanno confermato la necessità di agire sul piano legislativo. Il Consiglio federale resta fedele alla propria intenzione di disciplinare espressamente l'assistenza al suicidio nel diritto penale e intende elaborare un progetto di legge da presentare al Parlamento sulla base della variante 1. A tal fine il DFGP coinvolgerà esperti esterni e prenderà in considerazione le critiche mosse in sede di consultazione. Il DFI presenterà inoltre al Consiglio federale proposte per incentivare maggiormente la prevenzione del suicidio e la medicina palliativa.

Il 26 giugno il Consiglio Federale, tramite Comunicato stampa, indicava la sua posizione tenuto conto di quanto emerso dalla consultazione:

“Assistenza al suicidio: rafforzato il diritto all'autodeterminazione. Il Consiglio federale continua a sostenere la prevenzione dei suicidi e le cure palliative. Comunicati, Il Consiglio federale, 29.06.2011

Berna. In data odierna il Consiglio federale ha deciso di rinunciare a disciplinare esplicitamente l'assistenza organizzata al suicidio nel diritto penale. È infatti giunto alla conclusione che una modifica della legislazione comporterebbe diversi svantaggi. Intende tuttavia continuare a promuovere la prevenzione dei suicidi e le cure palliative per ridurre il numero di suicidi. Il pacchetto di misure contribuirà a rafforzare il diritto all'autodeterminazione.

Il 17 settembre 2010 il Consiglio federale aveva incaricato il Dipartimento federale di giustizia e polizia (DFGP) di disciplinare alla luce dei risultati della procedura di consultazione gli obblighi di diligenza proposti per i collaboratori delle organizzazioni di assistenza al suicidio.

In data odierna il Consiglio federale è giunto alla conclusione che una disposizione del genere concretizzerebbe semplicemente gli obblighi che già risultano dal diritto vigente (art. 115 Codice penale e art. 119 Codice penale militare). Già oggi infatti, perché sia permessa l'assistenza al suicidio, la persona che desidera morire deve essere capace di intendere e volere e sufficientemente informata. Il concetto dei «motivi egoistici» consente poi già oggi di procedere contro eventuali abusi finanziari nell'ambito dell'assistenza organizzata al suicidio.

Una modifica di legge del genere potrebbe, d'altro canto, comportare diversi svantaggi. In particolare legittimerebbe ufficialmente le organizzazioni di assistenza al suicidio, il che potrebbe costituire un incentivo a ricorrere ai loro servizi. Tale legittimazione potrebbe destare l'impressione che esistano vite degne di essere protette, contrapposte a quelle che non lo sono, relativizzando così l'intangibilità della vita umana. Inoltre la modifica di legge proposta troverebbe scarsa approvazione proprio nelle cerchie mediche. Nella procedura di consultazione l'associazione professionale dei medici si era infatti pronunciata contro la trasformazione dell'assistenza al suicidio in un'attività medica e aveva chiesto che la prescrizione di una sostanza letale rimanesse nell'ambito della responsabilità personale del singolo medico.

Dopo aver nuovamente esaminato la situazione, il Consiglio federale è convinto che i mezzi legali esistenti siano sufficienti per combattere eventuali abusi – come per esempio l'assistenza al suicidio prestata a persone incapaci di intendere e volere, la somministrazione di pentobarbitale sodico senza prescrizione medica o lo stoccaggio illegale di tale narcotico. Le pertinenti disposizioni di diritto penale, insieme alla legge sugli agenti terapeutici, alla legge sugli stupefacenti e alle regole deontologiche, offrono alle autorità strumenti appropriati per infliggere efficaci sanzioni di diritto penale, amministrativo e civile. Tali strumenti hanno inoltre il vantaggio di essere flessibili e orientati alla pratica e garantiscono un equilibrio ragionevole tra l'obbligo di protezione statale e il rispetto della libertà personale.

Migliorare l'autodeterminazione nella fase finale della vita

Il Consiglio federale continua riconoscere la priorità della prevenzione dei suicidi. Si prevede che il numero annuo di suicidi in Svizzera, rimasto costante per anni, aumenterà in futuro a causa dell'invecchiamento della popolazione. Per tale motivo il Consiglio federale intende continuare a incentivare la prevenzione dei suicidi e le cure palliative, nonché l'assistenza e la cura delle persone affette da malattie incurabili, letali e/o croniche, ponendo l'accento sul miglioramento dell'autodeterminazione nella fase finale della vita. A tal fine le alternative al suicidio devono essere rese note alla popolazione.

Il Consiglio federale ha incaricato il Dipartimento federale dell'interno (DFI) di verificare la possibilità di proseguire la Strategia nazionale in materia di cure palliative in scadenza alla fine del 2012. Inoltre il DFI sosterrà i Cantoni nell'introduzione del programma «Alleanza contro la depressione» per il riconoscimento precoce e l'ottimizzazione del trattamento delle depressioni. Infine il DFI istituirà un gruppo di lavoro interdipartimentale che proponga misure per una migliore

conciliabilità dell'attività lavorativa e dell'assistenza a parenti affetti da malattie incurabili (p. es. congedo o assegni di assistenza).”

Nel Rapporto del Consiglio Federale del giugno 2011: Cure palliative, prevenzione del suicidio e assistenza organizzata al suicidio; nelle conclusioni si può leggere:

“Conclusioni

- **Una modifica del diritto penale non risponde in modo adeguato all'esigenza della popolazione di rafforzare il diritto all'autodeterminazione:** dopo aver riesaminato la situazione, il Consiglio federale è del parere che gli attuali strumenti legali siano già in grado di contrastare in modo adeguato gli eventuali abusi nell'ambito dell'aiuto al suicidio (aiuto al suicidio di persone incapaci di discernimento o in buona salute, fornitura di NaP senza ricetta medica, riserve illegali di questa sostanza o attività destinate a trarne profitto). In effetti, sebbene la legislazione attuale non contempli disposizioni speciali in merito alle organizzazioni di aiuto al suicidio, l'articolo 115 CP, affiancato dalle altre disposizioni concernenti i reati contro la vita e l'integrità della persona (art. 111 e segg. CP), la LATer, la LStup e il codice deontologico, sono sufficienti per controllare questi fenomeni, a condizione che le autorità intervengano in modo fermo e deciso. Naturalmente le sanzioni saranno di diverso tipo a seconda dei casi (penali, amministrative o civili), ma questo non modifica minimamente la loro efficacia. Questa serie di disposizioni, inoltre, presenta il vantaggio di essere flessibile, orientata alla pratica e di costituire una buona via di mezzo tra l'obbligo di proteggere, di cui è investito lo Stato, e il rispetto della libertà personale degli individui. Di conseguenza il Consiglio federale ritiene che occorra rinunciare a modificare la legislazione penale federale in materia di aiuto al suicidio (privato o organizzato).

- **Continuare con le misure per la prevenzione del suicidio e le cure palliative:** contrariamente a quanto si è constatato in merito alla necessità e alla modalità di legiferare a livello federale, la maggioranza dei partecipanti alla procedura di consultazione è concorde nell'affermare che un miglioramento della garanzia del diritto all'autodeterminazione passi necessariamente attraverso un intervento più incisivo della Confederazione – nei limiti delle sue competenze – a livello di prevenzione del suicidio e di cure palliative. La riduzione del numero dei suicidi deve restare la priorità assoluta, priorità confermata dall'evoluzione demografica e dal fatto che negli ultimi anni in Svizzera proprio il numero dei suicidi presso gli anziani è aumentato. Visto che l'autodeterminazione riveste un'importanza centrale per il suicidio assistito, essa va rafforzata attraverso una serie di misure, in particolare presso i malati terminali. Concretamente questo significa puntare su una migliore diffusione delle alternative al suicidio assistito e creare le condizioni per decisioni autonome, ossia il meno possibile influenzate da sofferenze fisiche, psichiche e sociali. La Confederazione, in collaborazione con i Cantoni, ha già avviato una serie di misure per rafforzare l'autodeterminazione proprio in contesti caratterizzati da malattie in fase terminale e intende pertanto proseguire e intensificare tali misure sempre in collaborazione con i Cantoni e gli ambienti interessati.

- **Attualmente in Svizzera non esiste alcuna intesa su come e in che misura regolamentare, a livello federale e al di là delle regolamentazioni già esistenti, l'assistenza organizzata al suicidio:** questa constatazione, emersa dal risultato della procedura di consultazione, costituisce già un notevole ostacolo all'adozione di una normativa federale in grado di soddisfare la maggioranza della popolazione, tanto più che si tratta inoltre di un tema estremamente personale.”

Confrontati con la richiesta di regolamentazione dell'assistenza organizzata al suicidio, occorre anzitutto chiedersi come mai emerge tale bisogno. La risposta a detto quesito permette poi di affrontare nella giusta ottica il problema.

Per determinare la necessità di una regolamentazione, occorre partire dai fatti, e non da astratte argomentazioni o da semplici idee.

Come detto di dati statistici ufficiali e attendibili, a parte l'analisi dell'UFS del 2012 non ne esistono. Sappiamo da stime che la morte dovuta a suicidio assistito rispetto al totale dei decessi oscilla attorno al 3 per mille di casi; quindi una quantità che fa ritenere il problema grave ma di portata molto limitata. Il rapporto esplicativo

dell'ottobre 2009 riporta un'informazione significativa, a pagina 9, a proposito dell'esperienza condotta presso l'Ospedale universitario di Losanna (CHUV). Quest'esperienza indica come in un ospedale per casi acuti, i pazienti ricorrano molto di rado ai servizi delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Si tratta di un'esperienza significativa, in quanto condotta per un periodo di diciotto mesi, su 54'000 ricoveri, in un luogo di malati acuti. L'esito è significativo: delle poche richieste (sei), una sola ha condotto ad un suicidio assistito. Statisticamente (un caso su 54'000) il risultato è praticamente tendente a zero (0,001851%).

Questi dati indicano come in un luogo ove transitano molti malati acuti, non sia emerso un vero e serio bisogno di assistenza organizzata al suicidio.

Si deve dedurre che il problema dell'assistenza organizzata al suicidio non emerge quale bisogno dirimente dei malati terminali (a cui le organizzazioni offrono una risposta), ma bensì sorge quale conseguenza dell'esistenza delle organizzazioni di assistenza e dell'attività da loro svolta.

Detto altrimenti: si potrebbe osare a concludere che non è il bisogno dei malati che crea un bisogno (di assistenza organizzata al suicidio), ma è l'esistenza di queste organizzazioni che induce il bisogno.

Questo cambia radicalmente il modo di approccio, o punto di partenza per valutare l'assistenza organizzata al suicidio.

Non si deve partire da una situazione, comunque ridotta, di pazienti disperati e bisognosi per chiedersi se, a determinate condizioni, si deve consentire loro di ricorrere a delle organizzazioni di assistenza al suicidio.

Occorre al contrario chiedersi se dal fatto (compiuto) che siano nate e siano cresciute delle organizzazioni di assistenza al suicidio, si debba semplicemente inevitabilmente autorizzarne l'attività, addirittura legittimarla legalmente.

Posta in questi termini, giuridicamente l'assistenza organizzata al suicidio non rientra nel campo di applicazione del diritto alla vita e del diritto all'autodeterminazione, quanto piuttosto potrebbe essere un problema di libertà di associazione, di libertà di commercio, in ultima analisi di legalità in quanto tale.

Il quesito politico è diverso: lo Stato deve legittimare (o conseguentemente) favorire un'attività che, come tale, induce un bisogno (all'assistenza organizzata al suicidio) altrimenti non necessariamente risentito dai pazienti, e ciò solamente e semplicemente perché ciò già avviene?

Se il suicidio è un fatto negativo, come trapela chiaramente dalla consultazione federale e dalle successive prese di posizioni ufficiali dei Dipartimenti e del Consiglio Federale, la risposta non può che essere negativa.

Nella riflessione sul SA la dimensione giuridica ha sicuramente la sua importanza, essa non deve però avere l'ultima parola. Le ragioni etiche e deontologiche vanno al di là del principio giuridico, solitamente lo precedono e devono, come in questo caso, rivestire un ruolo determinante.

Da una parte sta l'articolo 115 del CPS, che riguarda l'istigazione e l'assistenza al suicidio (può essere interessante notare come il CPS non si occupa del suicidio come tale), che punisce solo chi istiga o aiuta al suicidio per motivi egoistici, non ulteriormente specificati. L'Articolo 115 del CPS non è stato evidentemente concepito per legalizzare il SA come lo intendiamo ora. Esso si limita ad indicare quali comportamenti sono punibili: non rende positivamente legali altri comportamenti. Viene attualmente "adattato" ad un contesto per il quale non è stato voluto. Un'interpretazione "liberale" di questo articolo, favorita dalla crescita in questi ultimi anni di una mentalità favorevole al diritto di decidere liberamente della propria morte, ha dunque finito per condurre ad una sorta di istituzionalizzazione del SA attraverso organizzazioni come Exit e Dignitas. Uno sviluppo certamente ben lontano

da quanto potessero immaginare gli autori del CPS. La questione del SA è oggetto di dibattito in Svizzera, soprattutto da quando organizzazioni come Exit e Dignitas, sfruttando un'interpretazione "liberale" dell'art. 115 del CPS, operano liberamente in questo campo attirando anche richiedenti stranieri.

Sono davvero necessarie le organizzazioni di assistenza al suicidio? Da dove emerge la loro necessità? L'esistenza stessa di queste organizzazioni non favorisce il "bisogno" di assistenza al suicidio? In altre parole: quello delle organizzazioni di assistenza al suicidio non è in realtà un bisogno indotto? Si tratta di domande cui urge una risposta chiara. Le organizzazioni di assistenza al suicidio hanno però un forte impatto culturale con larga diffusione, potenti mezzi finanziari e dunque capacità di generare una richiesta di adesione che spesso si fonda sulla paura dell'accanimento terapeutico o altre paure (sofferenza, senso di inutilità, timore di essere di peso per i famigliari e la società...). Non è che, dove Exit o Dignitas sono radicate, cresce la richiesta di SA? E inoltre, mentre rimane in genere molto bassa la richiesta di assistenza al suicidio nei malati terminali – come ben documenta l'esempio del CHUV e altre statistiche- come mai cresce quella che si riferisce ai casi di patologie non letali?

A questo punto, partendo dal fatto che una simile prassi non è al riparo da abusi e questo è certamente vero – si argomenta che occorre colmare un vuoto legislativo e disciplinare il SA in modo restrittivo. In mancanza di un intervento del legislatore federale per disciplinare il SA, con l'iniziativa Delcò – Petralli si fa allusione, menzionando altri Cantoni, che si possa e si debba, nell'ambito delle proprie competenze, far intervenire il legislatore cantonale a muoversi nella linea di quanto potrebbe autorizzare il diritto costituzionale federale.

Con la giustificazione di voler mettere ordine ed impedire abusi, in realtà si compie un passo assai importante e di notevole impatto culturale: il suicidio assistito da pratica non perseguita penalmente assurge a pratica istituzionalizzata e di fatto trattata come un diritto. Questa lettura appare un'interpretazione assai discutibile della CF, che non può essere accettata come fosse necessariamente implicata dal dettato costituzionale: non è per niente evidente che la sfera della libertà personale, fondata sul principio di autodeterminazione, implichi anche il diritto a decidere di porre fine alla propria vita, vale a dire al soggetto stesso dei diritti (salvo che ci si limiti al diritto di rifiutare trattamenti atti a prolungare la vita o all'impossibilità da parte dello Stato di impedire stili di vita che possono compromettere gravemente la salute e quindi accelerare la morte). Il "diritto individuale di scegliere il momento e la modalità della propria morte" – occorre sottolinearlo con forza - non è esplicitamente riconosciuto dalla CF. Inoltre non è neppure riconosciuto quale diritto fondamentale non scritto sulla base di una sentenza del tribunale federale.

8. ASPETTI MEDICO-OSPEDALIERI

Poiché l'articolo 19 cpv. 1 della LSan viene espressamente citato nell'iniziativa della deputata Delcò Petralli sono opportune in questo contesto alcune considerazioni di carattere puntuale. Un passaggio dell'articolo in questione recita che "*i pazienti hanno diritto all'assistenza spirituale, all'accompagnamento alla morte e alla presenza delle persone prossime*". Nel contesto ospedaliero appare evidente che quanto citato non si riferisce al suicidio assistito ma trova la sua applicazione su un sistema basato appunto su tre pilastri che vogliono garantire al paziente le migliori condizioni possibili anche durante il possibile trapasso.

Assistenza spirituale: Se il paziente lo desidera può richiedere l'assistenza del cappellano cattolico che collabora con l'ospedale, oppure di un religioso di sua libera scelta.

Accompagnamento alla morte: L'Ente Ospedaliero Cantonale si è dotato nel corso degli ultimi anni di un team specialistico composto da un Direttore Operativo, un Capo Servizio, un Capo Clinica Ospedaliero e tre Capi Clinica part time che, assieme al team infermieristico, si occupano di garantire il confort necessario ai pazienti le cui condizioni lo richiedono. Le cure palliative attuano una presa a carico globale non solo del malato ma anche della sua famiglia, proponendosi di mantenere o ristabilire la migliore qualità di vita possibile attraverso un approccio interdisciplinare medico-infermieristico e psicosociale e competenze specialistiche di alto livello. Il Servizio Cure Palliative presente in ogni ospedale dell'EOC, ha inoltre la missione di diffondere filosofia e conoscenze specifiche di cure palliative alle équipes ospedaliere, tramite consulenze specialistiche al letto del malato e con l'elaborazione di piani di formazione. L'Unità vera e propria di Cure Palliative dispone nello specifico di 7 letti e di un'équipe dedicata, inserita all'interno dei reparti di degenza dello IOSI, presso l'Ospedale S. Giovanni di Bellinzona. Accoglie malati che necessitano di una presa a carico palliativa in un reparto specializzato. Nell'ottica della continuità delle cure, gli specialisti in palliazione collaborano strettamente con Hospice Ticino, associazione deputata alla consulenza di cure palliative a domicilio. Il programma di cure palliative dello IOSI è considerato un modello pionieristico e d'avanguardia a livello nazionale ed internazionale, ed ha ottenuto e rinnovato nel 2009 il certificato come Centro d'eccellenza dell'European Society of Medical Oncology (ESMO).

Presenza delle persone prossime: In un contesto socio-sanitario in cui la morte naturale va scomparendo e la medicalizzazione del morire diviene pratica corrente, segue che il desiderio di morire nel contesto domiciliare viene spesso disatteso e il paziente si ritrova a morire in una struttura di cura, che sia una casa per anziani o un ospedale. In queste strutture è prassi che i famigliari possano assistere il malato nelle ultime fasi senza particolari restrizioni escluse ovviamente gli attimi che prevedono le necessarie procedure diagnostico-terapeutiche. Le persone prossime non rappresentano solo un beneficio per il paziente ma spesso sono loro stessi oggetti/soggetti di cura da parte del personale curante e/o di supporto.

In conclusione è perentorio riconoscere che le strutture ospedaliere e ambulatoriali, nonché di servizio a domicilio offrono ai ticinesi un adeguato servizio e supporto all'avanguardia sia per malati cronici che per malati terminali, in particolare per coloro che necessitano di una ospedalizzazione. La sensibilità nei riguardi del suicidio assistito da parte del personale specialistico è comunque tale già oggi da indirizzare professionalmente chi lo volesse alle organizzazioni predisposte e che sono attive sul territorio (exit in particolare). Si consideri inoltre che la divulgazione crescente delle cosiddette "direttive anticipate" sta consentendo al cittadino un percorso individuale di maturazione ed autodeterminazione che, di conseguenza, permette di scegliere anticipatamente se essere curati o non curati nel rispetto delle proprie volontà. Si riducono quindi sempre più casi dove la richiesta di suicidio assistito possa riscontrare difficoltà logistiche dovute a trasferimenti in condizioni che necessitano invece un'ospedalizzazione o che non consentono un trasferimento da una struttura ospedaliera ad una struttura che possa accogliere suicidio assistito.

9. ASPETTI PRATICI

L'introduzione del SA in ambito ospedaliero solleva poi tutta una serie di questioni, che riguardano le responsabilità e le modalità di attuazione e su cui non c'è unità di punti di vista. Ciò documenta come non sia né eticamente, né giuridicamente pacificamente acquisita la pratica del SA in ospedale.

Se si accettasse il SA in ospedale, chi dunque dovrebbe prescrivere il barbiturico e chi seguirebbe il paziente durante l'atto?

Associazioni quali Exit o Dignitas? Esse operano secondo un criterio di "volontariato" senza alcun controllo legislativo. Inoltre non è permesso a personale estraneo di operare in ospedale. E poi come si può delegare una procedura così tragica? Come accettare che persone estranee all'ospedale vi introducano e somministrino farmaci in dosi letali?

Medici esterni? Ma chi sarebbero? E a quali controlli dovrebbero sottostare?

Saranno i medici ospedalieri a dover prescrivere l'overdose letale? E il personale infermieristico farà sì che il paziente assuma il barbiturico? Ciò avrà gravissime conseguenze: significherà considerare "trattamento medico" l'assistenza al suicidio e implicherà il cambiamento della missione e del mandato ospedaliero screditando in pari tempo l'immagine dell'istituzione ospedaliera.

L'obiezione di coscienza sarà solo individuale o potrà riguardare la struttura/ istituzione/ servizio/ reparto? Questo aspetto è particolarmente importante e va considerato.

Come sarà fatta la formazione al personale curante in carica? E a quello dei giovani che in futuro sceglieranno una professione sanitaria?

Il 7.2 2007, quando erano in atto ampie discussioni a livello federale, è stato pubblicato sul sito www.medicinaepersona.ch un appello dal titolo "Per una medicina rispettosa, contro l'abbandono terapeutico, l'accanimento e l'eutanasia" che ribadisce la ragionevolezza del "dire no all'eutanasia e al suicidio assistito: non si uccide l'uomo che muore, chi è uomo come lui lo accompagna fino alla fine". Tra i firmatari dell'Appello ci sono 278 medici e infermieri, tra cui 9 Primari e Capiservizio EOC, 8 medici aggiunti EOC, 1 capoinfermiera e 1 infermiere caposettore EOC. La posizione contraria al SA, e quindi anche al SA in ospedale, è dunque ampia, qualificata e trasversale. Sono prevedibili dunque malessere, polemiche, spaccature, obiezioni all'interno del corpo curante EOC su un tema carico di contenuti emotivi e di sicuro impatto mediatico.

10. PROPOSTE ALTERNATIVE

Rifiutare il SA in ambito ospedaliero significa impegnarsi ancor più a fondo per prevenirne la richiesta e per cercare di intervenire sulle cause.

Alcuni punti sono essenziali.

- Occorre difendere e potenziare le cure palliative.
- Occorre che l'assistenza ai pazienti terminali o in condizioni di grave dipendenza sia ulteriormente migliorata quantitativamente e qualitativamente (risorse, formazione, personale specializzato).
- Occorre riservare particolare attenzione alle famiglie dei degenti, offrendo loro disponibilità all'ascolto e conforto, perché sono una presenza fondamentale per l'accompagnamento del paziente.

- Nel caso in cui un paziente chiedesse l'assistenza al suicidio gli sarà offerto tutto l'aiuto per chiarire la sua richiesta e le sue ragioni e sarà informato sulle possibilità di assistenza alternativa. Gli sarà però anche chiaramente detto che non appartiene alla missione dell'ospedale praticare il SA.
- La COMEC dovrà avere il mandato di raccogliere tutti i dati relativi alle richieste di SA, con lo scopo di poterle analizzare, valutare la reale dimensione del problema ed individuare linee di intervento più efficaci a favore della vita.

11. ALCUNE OSSERVAZIONI CONCLUSIVE

La riflessione su un tema di questa rilevanza antropologica e morale, e dopo aver approfondito letteratura e sentito anche quei medici che sono così vicini a questa condizione estrema, non può non far emergere alcune domande fondamentali: qual è la natura autentica dell'esperienza umana di chi cura e delle persone che vengono curate? C'è una prospettiva positiva per la vita di ciascuno di noi? Se il compito della medicina, è di curare, non è forse decisivo per la professione medica andare al fondo di queste domande? L'esperienza di molti medici e operatori sanitari fa affermare che l'aspetto che definisce la condizione umana non è tanto quello di essere segnata dal limite della morte e della malattia, che ne è l'anticipo, il segno. Esiste un dato più evidente: la domanda di "guarire", di superare il limite della malattia e della morte, in modo che esse non definiscano ciò che siamo. Questo grido, spesso inespresso (o al quale non permettiamo di esprimersi), accomuna il malato e chi cura, rende ragionevole lo sforzo anche se a volte vano. Nell'esperienza è evidente che ciò che "vince" il limite scientifico e professionale è l'amore, la compassione, l'accoglienza.

Il diritto di morire come espressione suprema della libertà dell'uomo e della sua capacità di autodeterminazione non attutisce il dramma né per la persona che chiede di morire, né per i famigliari, né per i curanti: diventare "padroni" dell'ultima ora rischia invece di generare solo un'estraneità e una solitudine disumane.

In questo senso i concetti di compassione, sofferenza, perdita della dignità che hanno una "presa" immediata nel dibattito, sono termini che, facendo leva sull'emotività, possono essere manipolati. Il termine sofferenza, per esempio, può assumere una connotazione morale associata alla nozione di dignità. Come se la sofferenza togliesse dignità alla vita. Ma così non è, perché la dignità della persona ha una radice molto più profonda. E nell'esperienza del curare è evidente che essa si riflette anche nello sguardo altrui. La coscienza della mia dignità di paziente è sostenuta e confortata anche dal modo in cui sono guardato, accolto, amato. Non possiamo arrenderci a qualcuno che chiede di morire perché non si sente accolto, amato, guardato e quindi sente venir meno la propria dignità.

La vera questione decisiva sta nell'affrontare le ansie e le paure dei pazienti, la paura dell'ospedale, dell'accanimento terapeutico, il timore di sofferenze e solitudine. Occorre in questo senso aumentare le competenze nelle cure palliative e nel sostegno delle persone morenti e delle loro famiglie, così come sviluppare il concetto di "direttive anticipate" e chiarire quello di interruzione delle cure.

Nel recente passato, tenuto conto anche del parere della Commissione nazionale di etica per la medicina (CNE), si è posta la questione dell'introduzione o meno del SA nelle strutture ospedaliere e già sono in atto le prime esperienze come menziona anche l'Iniziativa parlamentare in alcuni Cantoni. Così il problema, da alcuni anni, è rimbalzato

anche in Ticino nell'ambito dell'EOC. La COMEC ha per ora elaborato una presa di posizione sul SA in ospedale prudente; con un "parere negativo con diritto di eccezione".

Considerando il "diritto di eccezione" molto fragile concettualmente, giuridicamente e di applicazione ambigua e discriminatoria dal punto di vista pratico, vale la pena ricentrare alcune ragioni per opporsi a tale pratica in ospedale.

1. Sul piano etico non sussiste un dovere di assecondare una persona, pur gravemente sofferente, nella sua decisione di porre fine alla propria vita. Tanto più che non esiste un diritto morale al suicidio, perché la vita non è un bene di cui disporre in modo incondizionato, nemmeno in situazioni estreme. In questo senso il principio fondamentale dell'autonomia della persona non è un principio assoluto e privo di limiti. Per contro esiste il dovere morale del rispetto assoluto della vita, specialmente nelle condizioni di fragilità e di sofferenza della persona malata, e di assistere la persona che chiede il suicidio, confortandola e cercando di agire sulle cause che stanno all'origine di tale richiesta. Negare l'aiuto al suicidio, in particolare in ospedale, non significa abbandonare la persona a se stessa, ma testimoniare una presenza ancor più stretta ed esigente, una stima incondizionata, una speranza ed offrirle così un reale aiuto a vivere la propria difficile, drammatica, condizione.
2. Sul piano dell'etica medica e della cura ospedaliera anche una versione restrittiva come "parere negativo con diritto di eccezione" – che di fatto significa ammettere la pratica del SA in ospedale e aprire la porta ad una difficilmente controllabile estensione di essa – porta con sé gravi conseguenze:
 - muta di fatto la missione dell'ospedale;
 - ha prevedibili conseguenze sul personale curante;
 - ha prevedibili conseguenze sui pazienti, sulle famiglie, sulla società (perdita di fiducia nel corpo medico e nell'istituzione);
 - può avere conseguenze molto negative su altri pazienti fragili inducendo effetti di emulazione e persuadendo che il suicidio è il modo più semplice per porre fine alla propria sofferenza e non pesare in modo insopportabile sugli altri;
 - affida ai medici un potere eccessivo nel decidere circa la libera volontà del paziente che richiede il SA e la qualità della vita (degnata o non degna di essere vissuta). Inoltre il giudizio circa l'effettiva decisione libera ed autonoma del richiedente è reso ancor più problematico dallo stato di fragilità e dai condizionamenti che il paziente conosce a causa della malattia.
3. Sul piano giuridico non vi sono ragioni probanti per sostenere l'obbligo per le strutture ospedaliere pubbliche di garantire al loro interno l'accesso al SA.
 - Il suicidio ed il suicidio assistito non possono essere annoverati tra i diritti individuali fondamentali garantiti dalla Costituzione federale, se non a prezzo di un'interpretazione assai discutibile del dettato costituzionale. D'altra parte nemmeno le carte dei Diritti ("Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo", "Convenzione Europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali") menzionano il diritto al suicidio. Dunque non si può derivare dalla CF un obbligo per gli ospedali pubblici di garantire al loro interno il SA. In questo caso poi la protezione dei più vulnerabili e l'interesse pubblico devono prevalere su un presunto diritto al SA.

- Nemmeno il Diritto amministrativo che stabilisce l'obbligo per ogni struttura pubblica di garantirne l'uso per tutti, conformemente alla sua destinazione, può stabilire l'obbligo per le strutture ospedaliere pubbliche di garantire il SA, proprio perché la finalità dell'ospedale è guarire i pazienti e assistere i morenti e non procurarne la morte.

Ci sono poi una serie di questioni pratiche che sollevano grossi interrogativi nel caso dell'ammissione del SA in ambito ospedaliero e che mostrano diversità di opinioni.

- Chi sarà chiamato a realizzare il SA? Personale interno all'ospedale e a quali condizioni, medici esterni, organizzazioni di assistenza al suicidio? In particolare il permettere al personale che cura il paziente, fuori dal suo "ruolo istituzionale", di compiere l'assistenza al suicidio, è a dir poco contraddittorio.
- In che misura sarà tutelata l'obiezione di coscienza? Sarà possibile un'obiezione solo individuale o anche collettiva (struttura/istituzione/servizio/reparto)?

Il No all'introduzione del SA in ambito ospedaliero (concretamente negli ospedali dell'EOC) va di pari passo con la persuasione che occorre prendere molto sul serio le richieste di suicidio, cercare di capirle nella loro origine e metter in atto tutto quanto è possibile per prevenirle e per orientarle verso diverse soluzioni.

In questa prospettiva occorre sviluppare ulteriormente le cure palliative, l'assistenza ai malati terminali o con gravi stati di dipendenza (anche con un adeguato investimento di risorse) e il sostegno alle famiglie dei pazienti, elemento di fondamentale importanza nell'accompagnamento dei malati in queste gravi condizioni.

L'assistenza al suicidio contraddice il principio etico fondamentale e quello deontologico del rispetto assoluto della vita del paziente. Il rispetto della vita è un dovere etico dell'uomo verso se stesso e verso gli altri. Esso si basa sul principio che la vita è un bene da preservare persino, e a maggior ragione, quando una persona soffre. Qualunque forma di sostegno attivo nel suicidio tradisce quindi il compito di condivisione e vicinanza che fonda l'alleanza terapeutica.

Rifiutare di assistere il paziente nel suicidio non significa abbandonarlo, bensì in primo luogo esprimere una stima incondizionata per la persona e la sua vita. Significa comunicare la certezza che la vita non è mai inutile o indegna di essere vissuta (tanto meno nella fase dell'avvicinamento alla morte) e anche la speranza che accettando di vivere ci sia la possibilità, spesso imprevedibile, di un'esperienza umanamente significativa, magari proprio attraverso l'approfondimento di un rapporto con chi è chiamato ad accompagnare il paziente nell'ultimo tratto di vita. Tutto questo può avere sul paziente un effetto realmente benefico (non l'apparente sollievo di sapere di poter fruire del SA) e forse indurlo a ripensare la decisione del suicidio, molto spesso dettata da uno stato di depressione, di solitudine o dal timore di essere un peso troppo gravoso per gli altri. Perciò curiamo i nostri pazienti in ogni circostanza, li accompagniamo nelle ultime fasi della loro vita, impiegando tutte le nostre conoscenze e i mezzi terapeutici disponibili (purché appropriati e proporzionati a rendere meno penosa la fase terminale).

Ci permettiamo un'ultima osservazione sul principio di autonomia, sul quale ci si basa per non mettere in discussione l'articolo 115 CPF. Il principio di autonomia (invocato per fondare il diritto di decidere la propria morte) pur essendo un principio etico fondamentale, non è un assoluto. L'uomo non sceglie di darsi la vita e la stessa vita umana si sviluppa e cresce in una trama di relazioni al di fuori delle quali la persona semplicemente non può

vivere (e non solo per ragioni “materiali” pratiche): la singola persona può essere se stessa solo in un orizzonte di rapporti in cui essa riceve e dà e di cui è responsabile. Esiste una costitutiva dimensione sociale della vita umana, che rende possibile e nello stesso tempo ordina l'autonomia del soggetto. In questo senso l'autonomia umana non comprende il diritto di porre fine alla propria vita, cioè di sopprimere il soggetto stesso dell'autonomia e dei diritti.

Lo Stato deve proteggere il cittadino e la società. La proposta di ricorrere all'assistenza al suicidio negli ospedali, cliniche e istituti statali e parastatali, e quindi eventualmente lasciare questo esercizio alle organizzazioni, non riguarda solo il soggetto che compie l'atto suicidale ma ha inevitabili ripercussioni sociali non fosse altro che in termini di esempio e di emulazione. Le persone che compongono la comunità, specialmente quelle più deboli e bisognose di protezione, devono essere tutelate. Il presunto “diritto al suicidio” potrebbe trasformarsi in “dovere del suicidio” per alleviare gli oneri e le sofferenze altrui provocate dalla propria condizione. Inoltre come evitare il rischio di pressioni psicologiche e morali per indurre al suicidio, esercitate, per svariati interessi, da terze persone? Il tutto in un contesto in cui il suicidio, perso il suo carattere di gesto tragico e divenuto per così dire “normalizzato”, appare soluzione moralmente legittima e praticabile, perfino in ospedale.



Per le ragioni e gli approfondimenti esposti in questo rapporto, la maggioranza della Commissione speciale sanitaria invita il Gran Consiglio a respingere l'iniziativa parlamentare presentata nella forma generica da Michela Delcò Petralli e cofirmatari per il diritto all'accompagnamento al suicidio assistito del 24 novembre 2014

Per la Commissione speciale sanitaria:

Sergio Morisoli, relatore

Simone Ghisla, co-relatore

Crugnola - Denti - Fonio - Galusero - Guscio -

Jelmini - La Mantia - Lurati S. - Polli -

Robbiani - Sanvido - Terraneo