



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Dipartimento federale di giustizia e polizia DFGP

Rapporto completo „Eutanasia e medicina palliativa – la Confederazione deve legiferare?“

Berna, luglio 2007



1. Situazione iniziale e mandato

Il 31 maggio 2006 il Consiglio federale ha preso atto del rapporto del DFGP del 24 aprile 2006 «Eutanasia e medicina palliativa – la Confederazione deve legiferare?» (di seguito: rapporto 2006 sull'eutanasia) e, in relazione alla trattazione della mozione della Commissione degli affari giuridici del Consiglio degli Stati (CAG) 03.3180 «Eutanasia e medicina palliativa», ha raccomandato al Parlamento:

- di rinunciare all'emanazione o al completamento di disposizioni legislative nel campo dell'eutanasia attiva indiretta e dell'eutanasia passiva;
- di rinunciare a una modifica dell'articolo 115 del Codice penale svizzero (istigazione e aiuto al suicidio);
- di rinunciare a una legislazione completa a livello federale sull'ammissione e la sorveglianza di organizzazioni di aiuto al suicidio e sul cosiddetto turismo del suicidio.¹

Nella stessa seduta il DFGP e il Dipartimento federale degli interni (DFI) sono stati incaricati di sottoporre entro la fine del 2006 al Consiglio federale un documento interlocutorio contenente:

- le misure atte a impedire abusi nel campo dell'aiuto al suicidio, nonché proposte di limitazione della prescrizione e somministrazione dello stupefacente pentobarbitale sodico in dosi letali (modifica della legge sugli stupefacenti), e
- le misure adottate e pianificate al fine di incentivare la medicina palliativa (*Palliative Care*).²

In stretta collaborazione con il DFI, il DFGP ha esaminato le questioni rimaste in sospeso e con il presente rapporto completo presenta al Consiglio federale i risultati della sua valutazione.

La questione relativa alla modifica della legislazione in materia di stupefacenti viene trattata al numero 2. Al numero 3 sono descritte le misure adottate e previste per promuovere la medicina palliativa (cure palliative).

2. Impedire gli abusi nel campo dell'aiuto al suicidio attraverso la limitazione della prescrizione e della distribuzione dello stupefacente pentobarbitale sodico in dosi letali (modifica della legislazione in materia di stupefacenti)?

2.1 Situazione iniziale

Nel rapporto 2006 sull'eutanasia è stato ritenuto che negli ambiti dell'aiuto al suicidio e del turismo del suicidio non vi è necessità di intervenire sul piano legislativo a livello federale. È stato invece rilevato che a livello cantonale e comunale sarebbe possibile impedire gli abusi mediante un'applicazione coerente del diritto vigente. In questo contesto vanno menzionate le disposizioni del Codice penale a protezione della vita (CP; RS 311.0; art. 111 segg.) per quel che concerne le autorità di perseguimento penale, e il diritto sanitario cantonale e fede-

¹ DCF del 31 maggio 2006 concernente la Mo. CAG 03.3180; rapporto 2006 sull'eutanasia - modo di procedere, n. 4. Con la mozione Stadler 07.3163 il Consiglio federale è stato ora incaricato di creare una base legale applicabile alla sorveglianza delle organizzazioni di aiuto al suicidio. Contro la proposta del Consiglio federale, il 21 giugno 2007 il Consiglio degli Stati ha deciso di accogliere la mozione.

² DCF del 31 maggio 2006 (nota 1), n. 5.



rale per quel che concerne le autorità incaricate della vigilanza sul personale medico coinvolto³.

Nel contempo è stato ritenuto che una *revisione della legislazione in materia di stupefacenti sia da prendere in considerazione, al fine di fronteggiare direttamente la problematica attuale rappresentata dalle organizzazioni di aiuto al suicidio*, indipendentemente dal fatto che le vittime siano o no domiciliate in Svizzera⁴. La realtà attuale è sostanzialmente questa: dopo averla visitata, un medico di fiducia dell'organizzazione di aiuto al suicidio prescrive alla persona desiderosa di morire una dose letale di pentobarbitale sodico. Il paziente assume poi lo stupefacente (talvolta in presenza di un membro dell'organizzazione di aiuto al suicidio). In un periodo compreso tra due e cinque minuti, 15 grammi di questo stupefacente portano a uno stato di coma permanente e alla paralisi dell'apparato respiratorio, e quindi al decesso⁵.

Il seguito del presente rapporto illustra la situazione giuridica attuale per quel che concerne la distribuzione di pentobarbitale sodico, e vengono descritte e valutate le opzioni di intervento legislativo.

2.2 Diritto vigente

2.2.1 Diritto federale

Il pentobarbitale sodico è una sostanza psicotropa che induce dipendenza, dallo stesso effetto dei barbiturici. Esso sottostà pertanto alla legislazione federale in materia di stupefacenti (cfr. art. 1 cpv. 3 lett. c della legge federale del 3 ottobre 1951 sugli stupefacenti e sulle sostanze psicotrope; LStup, RS 812.121) e figura nell'elenco degli stupefacenti⁶. Questa classificazione si basa sull'elenco delle sostanze iscritte nella tabella III della Convenzione internazionale del 21 febbraio 1971⁷ sulle sostanze psicotrope. Secondo l'articolo 9 paragrafo 1 di tale convenzione, un medico può prescrivere gli stupefacenti contenuti nell'elenco, ma questi possono essere forniti o distribuiti soltanto dietro presentazione di una ricetta medica. La sostanza attiva può quindi essere utilizzata come medicinale e sottostà pertanto alla legislazione sugli agenti terapeutici (art. 2 cpv. 1^{bis} LStup e art. 2 cpv. 1 lett. b della legge del 15 dicembre 2000 sugli agenti terapeutici; LATer, RS 812.21)⁸.

Secondo la legge sugli stupefacenti, il commercio in tale ambito necessita in linea di principio di un'autorizzazione cantonale o federale. Non è soggetto all'obbligo di autorizzazione il personale medico autorizzato a procurarsi, detenere, usare e dispensare stupefacenti nei limiti giustificati dall'esercizio della professione e conformemente alle prescrizioni (art. 9 LStup). Gli stupefacenti devono essere prescritti da un medico (art. 10 LStup). In proposito l'articolo 11 LStup precisa che i medici e i veterinari sono tenuti a usare, dispensare o prescrivere gli stupefacenti nella misura ammessa dalla scienza. Inoltre l'articolo 43 capoverso 1 dell'ordinanza del 29 maggio 1996 sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope (OStup; RS 812.121.1) dispone che i medici possono prescrivere stupefacenti soltanto a pazienti che

³ Cfr. rapporto 2006 sull'eutanasia, n. 6.3 e 6.5.2.

⁴ Rapporto 2006 sull'eutanasia, nn. 6.4.3 e 6.5.3.

⁵ Vedi rapporto 2006 sull'eutanasia, n. 6.1.2.

⁶ Cfr. allegati a e b dell'ordinanza del 12 dicembre 1996 dell'Istituto svizzero per gli agenti terapeutici sugli stupefacenti e le sostanze psicotrope (RS 812.121.2).

⁷ RS 0.812.121.02; in vigore per la Svizzera dal 21 luglio 1996.

⁸ Secondo l'art. 2 cpv. 1^{bis} LStup le disposizioni della legge sugli stupefacenti sono applicabili per quanto la legge sugli agenti terapeutici non preveda alcun disciplinamento o preveda un disciplinamento meno esteso.



hanno essi stessi visitato. Normalmente la relativa ricetta deve inoltre contenere determinate indicazioni, tra cui il nome preciso dello stupefacente, il dosaggio e la forma farmaceutica, il quantitativo e le istruzioni per l'uso (art. 43 cpv. 2 LStup). Questa esigenza non è tuttavia applicabile al presente caso (art. 4 cpv. 1 lett. c OStup), poiché il pentobarbitale sodico è uno stupefacente parzialmente escluso dalle misure di controllo, secondo l'appendice b dell'ordinanza sugli stupefacenti Swissmedic (RS 812.121.2). Alla luce delle innumerevoli combinazioni terapeutiche e dei costanti progressi della scienza medica, la legge sugli stupefacenti rinuncia in generale a disciplinare in modo più dettagliato la distribuzione e la prescrizione di sostanze da parte dei medici. La legge sugli agenti terapeutici segue lo stesso approccio (art. 24 e 26 LATer).

Se vi sono sospetti di abuso, prima di distribuire uno stupefacente il farmacista deve procedere ai necessari chiarimenti insieme al medico che ha prescritto la sostanza o all'autorità cantonale competente (art. 45 cpv. 5 LStup).

Attualmente l'Istituto svizzero dei prodotti terapeutici (Swissmedic) non ammette medicinali per uso umano che contengono pentobarbitale sodico⁹. Secondo l'articolo 9 capoverso 2 lettera a LATer, nell'ambito della libertà terapeutica di cui gode, il medico può tuttavia prescrivere medicinali omologati (e stupefacenti, cfr. art. 2 cpv. 1 LATer), conformemente alla cosiddetta *formula magistralis*¹⁰. La legge definisce i medicinali come prodotti di origine chimica o biologica destinati ad avere un'azione medica sull'organismo umano o animale o dichiarati tali, utilizzati segnatamente ai fini della diagnosi, della prevenzione o del trattamento di malattie, ferite e handicap (art. 4 cpv. 1 lett. a LATer). Anche se nel presente contesto non viene usato ai fini citati, ma dispensato in dosi letali a persone desiderose di morire, il pentobarbitale sodico è considerato un medicamento e a esso si applica quindi anche la *formula magistralis*¹¹.

Le autorità cantonali competenti vigilano sul rispetto delle disposizioni legali da un lato e delle regole riconosciute delle scienze mediche e farmaceutiche dall'altro (cfr. in proposito il n. 2.2.2) da parte dei medici praticanti. In caso di violazione di questi obblighi, ad esempio nell'ambito della prescrizione o distribuzione di pentobarbitale sodico, l'autorità di sorveglianza deve intervenire e adottare misure che possono andare fino alla revoca totale o parziale dell'autorizzazione a esercitare la professione¹². Se vi è il sospetto che siano stati commessi atti punibili, spetta alle autorità cantonali di perseguimento penale intraprendere i passi necessari.

⁹ Swissmedic autorizza l'uso del principio attivo pentobarbitale e pentobarbitale sodico in ambito terapeutico soltanto per medicinali a uso veterinario (a fini di anestesia o eutanasia).

¹⁰ Non devono quindi essere omologati i medicinali fabbricati in una farmacia pubblica, in una farmacia ospedaliera, in una drogheria o in un'altra azienda titolare di un'autorizzazione di fabbricazione, e destinati a essere dispensati a una persona determinata o a una cerchia di persone determinate oppure a un animale determinato o a un effettivo di animali determinati.

¹¹ Cfr. anche il messaggio del 1° marzo 1999 concernente una legge federale sui medicinali e i dispositivi medici, che evidenzia come l'enumerazione delle applicazioni non sia esaustiva e cita i contraccettivi come esempio di mezzi considerati medicinali anche se non rientrano nei settori d'applicazione menzionati (FF 1999 2992).

¹² Cfr. in merito anche gli art. 38, 41 e 43 della legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (RS 811.11, FF 2006 5283), che entrerà in vigore il 1° settembre 2007, secondo il DCF del 28 giugno 2007.



2.2.2 Regole deontologiche

Per l'interpretazione delle regole riconosciute delle scienze mediche si fa in particolare riferimento alle norme deontologiche (p. es. il Codice deontologico della FMH¹³ e le direttive dell'Accademia svizzera delle scienze mediche, ASSM) e alla loro applicazione pratica da parte di autorità e tribunali.

La prescrizione di pentobarbitale sodico avviene nel contesto dell'aiuto al suicidio e del relativo ruolo svolto dal medico. L'articolo 17 del codice deontologico della FMH disciplina unicamente l'eutanasia attiva (vietata) e passiva (ammessa a certe condizioni) e, per quel che riguarda l'aiuto al suicidio, rinvia alle direttive ASSM riportate nell'allegato 1 relative all'assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali (2004)¹⁴. Secondo il numero 4.1 di tali direttive, se un paziente esprime con insistenza il desiderio di morire, il medico curante si trova di fronte a un dilemma: «da un lato, l'assistenza al suicidio non fa parte dell'attività medica, poiché è contraria agli obiettivi della medicina. D'altra parte, il rispetto della volontà del paziente è fondamentale nella relazione tra medico e paziente. Un dilemma di tale portata esige una decisione morale personale del medico che, in singoli casi di assistenza al suicidio, deve essere rispettata». Le direttive prevedono inoltre tre condizioni che devono essere rispettate affinché l'assistenza al suicidio sia ammissibile dal profilo deontologico. Innanzitutto la malattia di cui soffre il paziente legittima la supposizione del suo decesso imminente. In seguito sono stati proposti trattamenti alternativi e, se accettati dal paziente, questi sono stati adottati. Infine il paziente deve essere in grado di intendere e di volere e ha riflettuto a lungo sul suo desiderio di morte, che non è il risultato di pressioni esterne ed è persistente; tutto ciò deve essere stato verificato da una terza persona (non necessariamente un medico). Come ritenuto dal Tribunale federale in DTF 133 I 58 segg., se nel singolo caso le pertinenti condizioni sono soddisfatte, nell'ambito delle regole professionali riconosciute della medicina è possibile rilasciare una ricetta medica per la consegna di una dose letale di pentobarbitale sodico¹⁵.

Suscita incertezza la formulazione scelta nelle citate direttive, secondo cui «l'assistenza al suicidio non fa parte dell'attività medica». Si potrebbe dedurre che il medico, nell'ambito dell'assistenza al suicidio, non agisce a titolo professionale ma privato, ciò che non escluderebbe la sua facoltà di prescrivere medicinali e stupefacenti. Ma una simile interpretazione non è corretta: il passaggio citato significa piuttosto che le regole deontologiche non obbligano il medico a praticare l'assistenza al suicidio, anche se tutte le pertinenti condizioni sono realizzate¹⁶. Si tratta quindi di un'attività medica discrezionale¹⁷.

¹³ Consultabile alla homepage della FMH (Federazione dei medici svizzeri): <http://www.fmh.ch>.

¹⁴ Consultabili al seguente indirizzo: http://www.samw.ch/docs/Richtlinien/i_RL_Lebensende_def.pdf. Questa direttiva è stata ripresa a partire dal 4 settembre 2005 nell'allegato del Codice deontologico della FMH.

¹⁵ DTF 133 I 58, E. 6.3.4 con riferimenti.

¹⁶ Anche la Commissione nazionale d'etica (CNE) ha operato la medesima distinzione nell'ambito della medicina umana, precisando che l'assistenza al suicidio non fa parte dei compiti di un medico (vedi la sua presa di posizione 9/2005 "Assistenza al suicidio"; consultabile in tedesco e francese: <http://www.nek-cne.ch>).

¹⁷ Il medico ha piuttosto il diritto fondamentale di rifiutarsi di prescrivere un medicinale letale. Vedi in proposito il rapporto 2006 sull'eutanasia, pag. 34, nota 83.



2.2.3 Riassunto della situazione giuridica attuale

Le disposizioni in materia di stupefacenti e di agenti terapeutici nonché le regole delle scienze mediche e farmaceutiche ammettono la prescrizione e la distribuzione di pentobarbitale sodico in dosi letali. Le condizioni essenziali sono l'obbligo di una ricetta, l'obbligo del medico di procedere preliminarmente a un esame personale e completo del paziente, la motivazione medica e il rispetto dei presupposti deontologici. La vigilanza sul rispetto di tutti questi obblighi nel singolo caso spetta alle autorità sanitarie cantonali, nell'ambito della loro attività di sorveglianza dell'esercizio delle professioni mediche.

2.3 Limitazioni della prescrizione e distribuzione di pentobarbitale sodico; esame delle diverse opzioni

Nell'ambito dell'assistenza al suicidio, il rapporto «Eutanasia e medicina palliativa – la Confederazione deve legiferare?» menziona i seguenti rischi di abuso:

- suicidio commesso da una persona incapace di discernimento;
- pressioni esercitate sul paziente, influenti sulla formazione e la manifestazione della sua volontà;
- motivi egoistici di chi presta assistenza al suicidio;
- l'atto non è compiuto dal paziente: non si tratta di suicidio ma di omicidio.

In questo contesto si valutano diverse opzioni e si esamina se, al fine di impedire i citati abusi, attraverso una modifica della legislazione in materia di stupefacenti occorra limitare o subordinare a condizioni più severe la prescrizione e la somministrazione di pentobarbitale sodico in dosi letali.

2.3.1 *Obbligo legale del medico di procedere a ulteriori chiarimenti o di ricorrere all'ausilio di altri specialisti*

Questa opzione obbligherebbe i medici per legge, e non soltanto sulla base delle regole deontologiche, ad appurare per esempio in modo approfondito o ripetuto lo stato di salute del paziente o il suo desiderio di morire, eventualmente con l'obbligo di ricorrere al parere di un secondo specialista o di una terza persona, non necessariamente un medico.

Una simile regolamentazione non appare opportuna, e questo per due motivi. Da un lato sarebbe in contrasto con l'approccio legale scelto per le ragioni citate in precedenza, secondo cui la prescrizione e la distribuzione di medicinali e stupefacenti non va disciplinata in dettaglio dalla legge, ma deve basarsi sulle regole riconosciute delle scienze mediche. Per quel che concerne l'esigenza di un chiarimento approfondito prima di prescrivere un medicamento o uno stupefacente, la legge dispone già che occorre procedere a un esame personale del paziente; è ovvio che tale esame debba essere svolto in modo accurato e *lege artis*. D'altro lato le norme deontologiche prevedono già oggi esplicitamente l'obbligo di ricorrere all'avviso di una terza persona indipendente¹⁸. Come detto, spetta ai Cantoni vigilare concretamente sull'esercizio delle professioni mediche, ciò che in definitiva porta a un controllo statale delle regole riconosciute delle scienze mediche. L'autorità cantonale deve quindi intervenire in caso di abusi nella prescrizione e distribuzione di pentobarbitale sodico. Ci si do-

¹⁸ Cfr. n. 2.2.2; qualora una persona manifestasse la sua volontà di morire, il ricorso a un secondo parere indipendente è previsto anche dalla CNE (cfr. presa di posizione 9/2005, in luogo citato, nota 16, nn. 4.7 e 4.8).



vrebbe inoltre chiedere se un obbligo di procedere a chiarimenti approfonditi o di richiedere una seconda opinione prima di prescrivere pentobarbitale sodico (o altri stupefacenti o medicinali in dosi letali), non debba concernere anche altre situazioni altrettanto sensibili nel contesto della prescrizione di stupefacenti o medicinali (ad esempio nell'ambito dell'eutanasia attiva indiretta).

2.3.2 *Distribuzione di pentobarbitale sodico a organizzazioni di aiuto al suicidio*

Alcuni chiedono che il pentobarbitale sodico venga distribuito unicamente a organizzazioni di aiuto al suicidio. In merito si possono distinguere due situazioni.

In una prima situazione, la legge dovrebbe prevedere che dopo aver prescritto la sostanza, il medico o il farmacista sono tenuti a consegnarla direttamente all'organizzazione di aiuto al suicidio. Questo affinché tale organizzazione possa impedire eventuali impieghi abusivi del pentobarbitale sodico (somministrazione della sostanza a una persona diversa da quella che intende suicidarsi oppure impiego di una quantità residua della sostanza – a suicidio avvenuto – da parte di terzi o in altri casi di suicidio). Questa opzione va chiaramente respinta, poiché non esiste alcuna garanzia che le organizzazioni di aiuto al suicidio, create sulla base del diritto privato e non sottostanti ad alcun controllo statale, svolgano effettivamente e correttamente le funzioni a cui sono destinate. Secondo tale proposta, inoltre, le persone che desiderano porre fine ai loro giorni sarebbero obbligate a rivolgersi ad associazioni di diritto privato per farsi dispensare dosi letali di stupefacenti: un simile obbligo è delicato.

Nella seconda situazione, sulla base dell'articolo 14a LStup, il Consiglio federale autorizzerebbe le organizzazioni di aiuto al suicidio a procurarsi, prescrivere e dispensare pentobarbitale sodico nell'ambito della loro attività senza ricorrere a un medico. L'unico scopo dell'articolo 14a LStup, tuttavia, è di permettere a organizzazioni umanitarie nazionali o internazionali di utilizzare stupefacenti nell'ambito delle loro attività di aiuto in situazioni di crisi o catastrofe all'estero. Tutto ciò non concerne invece le disposizioni sull'uso di stupefacenti (e in particolare sulla loro distribuzione) in Svizzera. Alla luce delle decisioni emanate sulla base dell'articolo 14a LStup, il Consiglio federale ha finora sempre ed esclusivamente autorizzato l'ottenimento e la dispensa di stupefacenti per attività di aiuto all'estero¹⁹. Occorre inoltre considerare che con l'adozione dell'articolo 14a LStup il legislatore si è proposto di regolamentare l'attività di aiuto svolta da organizzazioni umanitarie, e che l'aiuto al suicidio non rappresenta una simile attività. La concessione di una simile autorizzazione è pertanto in manifesto contrasto con il senso e lo scopo dell'articolo 14a LStup e non può quindi fondarsi su questa disposizione. Del resto, in caso contrario verrebbe a cadere l'obbligo di prescrizione da parte di un medico, il cui fine, confermato del resto da una recente decisione del Tribunale federale, è proprio quello di scongiurare decisioni affrettate, tutelare la salute e la sicurezza della popolazione e, in particolare per quel che riguarda l'eutanasia, impedire la commissione di reati e prevenire i possibili abusi²⁰.

¹⁹ Cfr. il decreto del Consiglio federale del 5 luglio 1963 concernente i prodotti stupefacenti per la Croce Rossa Svizzera, RS **812.126**, in particolare l'art. 3 cpv. 2, e il decreto del Consiglio federale del 30 dicembre 1953 concernente i prodotti stupefacenti per il Comitato internazionale della Croce Rossa, RS **812.127**, nonché il messaggio del Consiglio federale del 20 marzo 1968 all'Assemblea federale concernente il disegno di una legge federale intesa a modificare quella sui prodotti stupefacenti, FF **1968 I 489**.

²⁰ DTF 133 I 58, cons. 6.3.2; il Tribunale federale ritiene inoltre espressamente che l'obbligo della ricetta medica costituisca un'adeguata procedura di controllo e sia necessario a garantire che la decisione di suicidarsi corrisponda effettivamente alla volontà dell'interessato, espressa in modo libero e ponderato.



Per questi motivi e queste considerazioni occorre rinunciare a una consegna diretta di pentobarbitale sodico alle organizzazioni di aiuto al suicidio.

2.3.3 Riclassificazione del pentobarbitale sodico nell'ordinanza sugli stupefacenti

Come detto (n. 2.2.1), sulla base di una convenzione internazionale il pentobarbitale sodico figura nell'appendice b dell'ordinanza di Swissmedic sugli stupefacenti, e non sottostà quindi a tutte le misure di controllo previste dalla legislazione sugli stupefacenti²¹. Una riclassificazione del pentobarbitale sodico (o di altre sostanze impiegate a fini suicidi) tra gli stupefacenti sottoposti a tutte le misure di controllo (appendice a) non avrebbe alcuna conseguenza sul principio dell'obbligo di prescrizione e comporterebbe unicamente l'obbligo di notificare le forniture, in quanto controllo successivo. Tutto ciò non permetterebbe di scongiurare il rischio degli abusi citati in fase introduttiva: occorre pertanto rinunciare anche a una riclassificazione.

2.3.4 Consumo di pentobarbitale sodico; sorveglianza da parte del medico che l'ha prescritto

Un'ulteriore opzione per impedire eventuali abusi dopo la prescrizione della sostanza consiste nel disporre per legge che il consumo di pentobarbitale sodico deve avvenire in presenza o sotto la sorveglianza del medico che l'ha prescritto. In tal modo il medico potrà garantire che la persona che desidera morire è sempre capace di discernimento, che non vi sono vizi della volontà (per esempio se il paziente ha subito pressioni), che venga consumata la dose corretta e che sia effettivamente il suicida ad assumere la sostanza.

Nella prassi attuale, l'accompagnamento da parte del medico durante la somministrazione di uno stupefacente o di un medicamento oppure il consumo sotto sorveglianza medica sono appropriati soltanto se ciò è necessario per ragioni tecniche. Se il medico ha fornito sufficienti informazioni quanto al dosaggio ecc., la somministrazione di pentobarbitale sodico non presuppone conoscenze tecniche particolari. Può essere assunto, in dosi prestabilite, sciolto in acqua o, per persone che non sono più in grado di bere, come alcuni malati di cancro, per il mezzo di sonde gastriche o fleboclisi. La somministrazione tramite sonde gastriche o fleboclisi è attuata da personale medico nell'ambito del trattamento già in corso, per cui non occorrono neanche in questi casi conoscenze tecniche particolari.

Il diritto vigente non obbliga il medico a essere presente al momento del consumo o a sorvegliare la somministrazione della sostanza. L'introduzione di un simile obbligo non appare opportuna anche per i seguenti motivi. Se il medico fosse tenuto a sorvegliare il rispetto delle condizioni summenzionate (autosomministrazione dello stupefacente da parte del paziente, capacità di discernimento e assenza di vizi della volontà al momento dell'assunzione), sarebbe chiamato a svolgere compiti di polizia. Il medico non dispone tuttavia né dell'esperienza, né della formazione, né dei mezzi necessari per svolgere simili compiti (per esempio mezzi di polizia atti a garantire che l'atto di assumere lo stupefacente sia effettivamente compiuto dal paziente). Tale obbligo appare di conseguenza inopportuno. Considerato che l'assunzione dello stupefacente non pone problemi tecnici particolari, si finirebbe inoltre col creare di nuovo una regolamentazione speciale e quindi un caso particolare nell'ambito del diritto in materia di stupefacenti e agenti terapeutici. Occorre quindi scartare anche questa opzione.

²¹ Vedi in merito anche DTF 133 I 58, cons. 4.2.4.



2.4 Modifica del diritto in materia di stupefacenti: conclusioni

Riassumendo si può affermare che, per quanto riguarda la prescrizione e la distribuzione di pentobarbitale sodico in dosi letali, le disposizioni vigenti del diritto in materia di stupefacenti sono da considerare sufficienti. In questo campo non si giustificano normative più severe atte a impedire eventuali abusi nell'ambito dell'assistenza al suicidio.

3. Misure adottate e pianificate per la promozione della medicina palliativa (Palliative Care)

Le misure descritte di seguito per la promozione della medicina palliativa in Svizzera si fondano sul rapporto 2006 sull'eutanasia, che ha fornito una prima panoramica sulla formazione e il perfezionamento, il finanziamento e le attività di ricerca nel campo delle cure palliative²².

3.1 Formazione e perfezionamento

Negli ultimi anni la formazione e il perfezionamento nel campo delle cure palliative è migliorata e attualmente va da alcune ore di introduzione fino a un corso postlaurea o un master.

3.1.1 Professioni mediche universitarie

Misure adottate

Le cure palliative si fondano sulla nuova legge federale del 23 giugno 2006 sulle professioni mediche universitarie (Legge sulle professioni mediche, LPMed)²³. Per quel che riguarda la formazione, l'articolo 6 LPMed esige da chi ha concluso il ciclo di studi il possesso delle basi scientifiche necessarie a predisporre provvedimenti preventivi, diagnostici, terapeutici, palliativi e riabilitativi. Di conseguenza la medicina palliativa deve figurare concretamente come obiettivo di formazione nei curricula delle facoltà di medicina. Secondo l'articolo 17 capoverso 2 lettera c, il perfezionamento deve conferire in particolare la capacità di accompagnare i pazienti sino alla fine dell'esistenza. Essendo sancite nella legge sulle professioni mediche, le cure palliative sono oggetto di controlli della qualità attraverso l'accreditamento dei corsi di formazione e di perfezionamento.

Misure pianificate

Nel campo delle professioni mediche universitarie non sono necessarie ulteriori misure di promozione delle cure palliative.

3.1.2 Formazione sanitaria in scuole universitarie professionali

Misure adottate

Dall'entrata in vigore della legge federale del 13 dicembre 2002 sulle scuole universitarie professionali (LSUP, RS 414.71), ossia dal 5 ottobre 2005, la Confederazione (l'Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia) è responsabile dei cicli di studio dedicati agli ambiti sanitario, sociale e culturale. È previsto un accordo tra Confederazione e Cantoni sulla struttura dei cicli di studio offerti e sulle direttive per l'accreditamento delle scuole universitarie professionali.

²² Vedi rapporto sull'eutanasia 2006, n. 5.

²³ La LPMed entrerà in vigore il 1° settembre 2007 (cfr. nota 12).



Misure pianificate

Per quel che concerne la formazione sanitaria in scuole universitarie professionali, la Confederazione potrebbe influire sul contenuto dei cicli di studio promuovendo le cure palliative, in analogia con la LPMed per quanto attiene alla formulazione degli obiettivi di formazione e di perfezionamento.

3.1.3 Professioni sanitarie non universitarie

Misure adottate

Con l'entrata in vigore, il 1° gennaio 2004, della legge sulla formazione professionale (LFPr, RS 412.10), la regolamentazione della formazione non universitaria nelle professioni sanitarie è pure entrata a far parte della sfera di competenze della Confederazione (Ufficio federale della formazione professionale e della tecnologia).

Misure pianificate

Forma e contenuto dei vari iter formativi sono tuttavia stabiliti dall'associazione di categoria «Arbeitswelt Gesundheit», sicché la Confederazione non ha modo di intervenire su quest'aspetto.

3.2 Finanziamento delle cure palliative tramite l'assicurazione malattie

3.2.1 Situazione iniziale

La legge federale del 18 marzo 1994 sull'assicurazione malattie (LAMal, RS 832.10) non contempla espressamente il concetto di cure palliative. Non prevede quindi nemmeno regolamentazioni specifiche in materia di prestazioni o di finanziamenti. Le prestazioni fornite nell'ambito delle cure palliative sono coperte dall'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS) se si tratta di prestazioni obbligatorie ai sensi della LAMal. Due ambiti sono particolarmente rilevanti per il finanziamento delle prestazioni palliative: le cure prestate all'ospedale e le lunghe degenze (cure ambulatoriali o in istituti di cura).

3.2.2 Misure adottate

Attualmente il finanziamento delle prestazioni palliative da parte dell'AOMS si presenta come segue.

- Nell'ambito di un trattamento stazionario, in un ospedale possono essere fornite prestazioni palliative indicate dal punto di vista medico. La copertura di un trattamento stazionario da parte dell'AOMS avviene tramite un importo forfettario (indennità forfettarie giornaliere o in funzione delle prestazioni fornite).
- Le cure dispensate ambulatoriamente e in una casa di cura sono definite nel catalogo di prestazioni dell'articolo 7 capoverso 2 dell'ordinanza del DFI del 29 settembre 1995 sulle prestazioni dell'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (ordinanza sulle prestazioni, OPre; RS 832.112.31). Le prestazioni di cure palliative sono da inserire in tale catalogo. Le cure sono coperte dall'AOMS nella misura in cui sono dispensate da fornitori di prestazioni riconosciuti dalla LAMal e se sono effettuate su prescrizione medica. Non sono invece coperte le cure a domicilio e l'assistenza sociale o psicosociale.



3.2.3 Misure pianificate

La prevista nuova regolamentazione del finanziamento ospedaliero, in particolare il finanziamento in base alle prestazioni (che comporterà tariffe forfettarie in funzione delle prestazioni), non dovrebbe influire in modo significativo sulle cure palliative prestate in ospedale e sul loro finanziamento. Nella fase di attuazione occorrerà tuttavia vegliare affinché la qualità dell'offerta di prestazioni palliative negli ospedali non sia pregiudicata.

Le nuove regolamentazioni sul finanziamento delle cure proposte dal Consiglio federale non dovrebbero sfavorire le cure palliative per quel che concerne la copertura dei costi da parte dell'AOMS.

In occasione dell'attuazione a livello di ordinanza delle nuove regole sul finanziamento delle cure²⁴ le attuali definizioni di prestazioni di cura devono essere esaminate ed eventualmente specificate. In proposito occorre prendere in considerazione anche le esigenze delle persone bisognose di cure in situazioni particolari (cure palliative o cure di persone affette da demenza).

3.3 Promozione della ricerca

3.3.1 Situazione iniziale

La ricerca nel campo delle cure palliative è in corso; i progetti a essa connessi devono essere promossi individualmente a livello internazionale²⁵. Finora la Confederazione non ha promosso le cure palliative in modo sistematico.

²⁴ Nell'ordinanza sulle prestazioni (OPre; RS 832.112.31).

²⁵ Progetti di ricerca conclusi:

- „EURELD – Medical end-of-life decisions in 6 European countries”, la Svizzera ha contribuito con lo studio MELLS, *Forschungsprojekt zur passiven Sterbehilfe*, Ufficio federale dell'educazione e della scienza, Accademia Svizzera delle Scienze Mediche ASSM, periodo 2000-2003.
- *Swiss Palliative Care Research Initiative (Swiss-PCR)*: studio che analizza l'attuale ricerca multidisciplinare nel campo delle cure palliative in Svizzera, Società Svizzera di Medicina e Cure Palliative (SSMCP), Ufficio federale della sanità pubblica, ASSM, periodo 2003-2004.
- *Survey. The needs of severely ill and dying persons and their cares in Switzerland*: elaborazione di un questionario che ha permesso di identificare i bisogni di malati terminali, dei loro congiunti nonché del personale di cura e di assistenza, Ufficio federale della sanità pubblica, periodo 2003-2004.
- „Beistand am Lebensende und Palliativmedizin“. Da questo progetto sono scaturite due raccomandazioni dell'ASSM: „Assistenza delle pazienti e dei pazienti terminali“. Direttive medico-etiche (2004) e „Cure palliative. Direttive medico-etiche e raccomandazioni“ (2006).

Attuali progetti di ricerca:

- „Between Over-Treatment and Under-Treatment - Ethical Problems of Micro-Allocation Taking Intensive and Geriatric Care as Examples“. Fondo nazionale; periodo 1° dicembre 2006 - 30 novembre 2008.
- *E-MOSAIC: A multicenter randomized controlled phase III study of longitudinal electronic monitoring of symptoms and syndromes associated with advanced cancer in patients treated with chemotherapy in palliative intention* (studio volto a chiarire se una rappresentazione strutturata longitudinale della qualità di vita ambulatoriale di pazienti affetti da tumori può migliorare la loro qualità di vita, la comunicazione e il controllo dei sintomi). Gruppo svizzero per la ricerca clinica sul cancro, periodo 2 anni, inizio: febbraio 2007.
- *The European Palliative Care Research Collaborative*, LSH-2005-2.2.0-4. Il progetto di ricerca dell'UE analizza la variabilità interindividuale relativa al dolore e alla cachessia, sviluppando una valutazione computerizzata e un sistema di classificazione ed elaborando linee direttive in materia di dolore, depressione e cachessia di malati di tumore; inizio: novembre 2006; durata del progetto: 3 anni.



3.3.2 *Misure pianificate*

Il DFI sottoporrà a tempo debito al Consiglio federale proposte finalizzate a potenziare la ricerca in tale campo, attraverso un programma di ricerca del Fondo nazionale o per mezzo di altre adeguate misure di promozione.