

Suicidio assistito

Documento di base

Giugno 2026

Situazione iniziale

Poter decidere autonomamente in età avanzata è importante per molte persone anziane ed è per loro sicuramente sinonimo di qualità di vita. Per un'anzianità all'insegna del benessere è fondamentale che anche l'ultima fase dell'esistenza possa essere vissuta come appagante e ricca di senso. Prima o poi, ciò implica anche il fatto di dover riflettere sul fine vita. Si tratta di un tema importante e delicato, sia per la persona anziana stessa che per i suoi famigliari. Da alcuni decenni il suicidio assistito riscuote un ampio consenso sociale, testimoniato dal costante aumento nel numero dei casi. La scelta di richiedere l'aiuto al suicidio è compiuta principalmente dalla popolazione anziana, come si evince dall'età mediana di chi vi fa ricorso – nel 2022 pari a 81 anni.

In Svizzera vi è la libertà e la possibilità, nell'ambito dell'ordinamento giuridico, di decidere in merito all'assistenza medica che si intende ricevere e alla propria dipartita. Le persone interessate possono rivolgersi a personale specializzato per discutere le opzioni disponibili e ufficializzare le decisioni prese attraverso strumenti quali le direttive del paziente o il mandato precauzionale. Il margine di autonomia decisionale comprende la possibilità di rifiutare eventuali misure di mantenimento in vita, la scelta delle cure palliative o la preparazione di un suicidio assistito.

Le motivazioni delle persone anziane sono spesso legate al desiderio di (continuare a) vivere una vita autodeterminata e di non essere di peso a nessuno. Oltre alle malattie in fase terminale come il cancro, assumono sempre più importanza in quest'ottica le limitazioni funzionali dovute all'età, come ad esempio la perdita della mobilità, della vista o dell'udito. Le decisioni relative al fine vita si basano sui valori personali e vengono spesso discusse con la famiglia o il personale specializzato. Benché questo possa rivelarsi prezioso sia per le persone interessate che per i loro congiunti, in parte può anche rappresentare un fattore di stress.

Nel contesto dell'azione gerontologica, il rapporto tra libertà e bisogno di protezione è particolarmente delicato. Sebbene le disposizioni legislative consentano di accedere all'aiuto al suicidio, sussiste il rischio di un «age bias»: il desiderio di morire e i pensieri suicidi nelle persone anziane, soprattutto in quelle malate, vengono valutati come comprensibili, inevitabili e prevedibili in considerazione dell'«età avanzata». Solo se la richiesta di suicidio assistito viene accolta con attenzione, empatia e comprensione, esaminata con cura e inserita in un processo di supporto, è possibile impedire che vengano prese decisioni affrettate o motivate da problemi di salute che possono essere curati.

Pro Senectute offre consigli in merito all'organizzazione della vita e alle misure precauzionali, ma non fornisce consulenza, assistenza o mediazione in materia di suicidio assistito.



Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico

Eutanasia attiva diretta: omicidio mirato a ridurre le sofferenze di un'altra persona dietro sua richiesta. Un terzo somministra intenzionalmente alla persona che desidera morire una sostanza letale. **In Svizzera ciò non è consentito dalla legge.**

Eutanasia attiva indiretta: impiego di mezzi per alleviare le sofferenze e i sintomi, i quali possono tuttavia – come effetto secondario – abbreviare la vita. Questo genere di eutanasia non è regolato esplicitamente dal Codice penale vigente, ma è in linea di massima consentito. Anche le direttive «Come confrontarsi con il fine vita e il decesso» dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) considerano **ammissibile** questo genere di eutanasia.

Eutanasia passiva: sulla base della volontà attuale o precedentemente espressa di una persona, si rinuncia ad avviare misure di mantenimento in vita o si provvede a sospenderle, ad esempio staccando il respiratore a ossigeno. Anche questa forma di eutanasia non è regolata esplicitamente dalla legge, ma è considerata ammissibile. Tali misure possono essere messe per iscritto nell'ambito delle direttive del paziente, in modo che vengano attuate qualora la persona non sia più capace di discernimento.

Suicidio assistito (aiuto al suicidio): la persona che desidera morire compie un suicidio ben preparato e ponderato. In questo processo non viene lasciata sola, ma assistita e accompagnata, possibilmente sempre in presenza di familiari e amici, ove possibile a casa sua. Alla persona che auspica suicidarsi viene procurata la sostanza prescritta dal medico, che viene poi ingerita senza l'aiuto di terzi. **In Svizzera ciò è legalmente consentito, purché le persone e le organizzazioni che prestano assistenza non perseguano motivi egoistici.**

Misure di medicina palliativa: la medicina e le cure palliative comprendono trattamenti medici, cure del corpo, ma anche assistenza psicologica, sociale e spirituale del paziente nonché dei suoi familiari. Queste misure possono migliorare sensibilmente la qualità di vita di malati gravi e di morenti e, quindi, evitare che sorgano desideri di morte.



Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico:

Il ruolo delle organizzazioni di aiuto al suicidio

La peculiarità della situazione giuridica svizzera costituisce la base per le attività delle organizzazioni specializzate nell'aiuto al suicidio. Dal 1942 l'aiuto al suicidio è esente da pena, purché non sia legato a motivi egoistici (ad esempio vantaggi finanziari). Questo principio sancito dal Codice penale (art. 115) ha permesso la costituzione delle prime organizzazioni di questo tipo a partire dal 1982. Originariamente fondate con l'obiettivo di promuovere le direttive del paziente e la consapevolezza sulla possibilità di decidere in merito alla propria dipartita, queste organizzazioni hanno oggi consolidato la pratica del suicidio assistito. Dai sondaggi condotti emerge regolarmente che la maggioranza della popolazione elvetica vi è favorevole.

Nella prassi svizzera si è delineata una chiara ripartizione dei compiti tra la medicina e le organizzazioni di aiuto al suicidio. Questo esito, venutosi a creare nel tempo, non risponde però a un reale obbligo giuridico: la legge non impone infatti l'intervento di organizzazioni di aiuto al suicidio. Ciononostante, queste ultime svolgono attualmente un ruolo imprescindibile nella realtà elvetica, poiché si fanno carico del coordinamento e dell'accompagnamento nel giorno del decesso. Molte di queste organizzazioni però vedono il proprio ruolo come transitorio, sottolineando che, idealmente, le loro strutture specializzate non sarebbero più necessarie se l'aiuto al suicidio fosse pienamente riconosciuto e integrato come parte dell'assistenza medica ordinaria e dell'accompagnamento alla morte.

Capacità di discernimento

Il diritto svizzero presume in linea di principio che una persona maggiorenne sia capace di discernimento. Una persona è considerata capace di discernimento in merito a una determinata decisione fino a quando indizi concreti o accertamenti non dimostrino che non lo è (più).

Capacità di discernimento significa che una persona è in grado di:

- capire una situazione,
- valutarne correttamente le conseguenze,
- formarsi una propria volontà e
- agire in conformità ad essa.

Nel Codice civile svizzero (CC) la capacità di discernimento è un concetto giuridico cardine. Essa viene sempre valutata in relazione a una decisione concreta – quindi non in senso generico, ma in base a una specifica situazione. Una persona può ad esempio essere capace di discernimento per semplici questioni finanziarie, ma non più per decisioni mediche complesse.

Attualmente, nella maggior parte dei casi, la collaborazione prevede che uno specialista medico sia responsabile di un'attenta valutazione: accerta l'anamnesi, la capacità di discernimento e le ragioni alla base del desiderio di morire. Se i criteri sono soddisfatti, prescrive una dose letale di pentobarbitale sodico. Tuttavia, l'accompagnamento vero e proprio nel giorno del decesso è solitamente fornito dalle organizzazioni. L'assunzione del medicamento avviene per via orale, endovenosa o tramite sondino gastrico, e l'ultimo atto che porta alla morte deve essere compiuto autonomamente.

Oggi questo processo si svolge in diversi luoghi: a domicilio, presso le sedi delle organizzazioni o, a seconda delle normative cantonali e delle direttive degli istituti, anche negli istituti per anziani e nelle case di cura nonché negli ospedali. Mentre alcune organizzazioni offrono i propri servizi esclusivamente a persone residenti in Svizzera, altre consentono anche a chi proviene dall'estero di accedere all'aiuto al suicidio nella Confederazione. Un principio fondamentale di questi enti è l'accessibilità finanziaria: la mancata disponibilità economica non è mai un criterio di esclusione. Se necessario, le organizzazioni di aiuto al suicidio offrono riduzioni o l'esonero totale dai costi.

Il contesto internazionale

Nel confronto internazionale, la Svizzera presenta una giurisprudenza ampiamente liberale in materia di suicidio assistito e non dispone di una normativa specifica ed esaustiva in materia; ciò la rende una destinazione accessibile anche per le persone provenienti dall'estero, per quello che viene detto «turismo del suicidio». Un'altra caratteristica che rende la Svizzera un unicum è l'attuazione organizzativa. Mentre nella maggior parte dei Paesi l'aiuto al suicidio viene praticato come atto puramente medico regolamentato dallo Stato, nella Confederazione si è affermato un sistema duale: i medici si occupano della valutazione medico-etica e della prescrizione, mentre le organizzazioni di aiuto al suicidio garantiscono la consulenza e l'accompagnamento pratico. Un'ultima differenza risiede nella forma dell'aiuto al suicidio: in Svizzera è consentito solo il suicidio assistito, nell'ambito del quale la persona che desidera morire deve necessariamente compiere in autonomia l'ultimo atto che porta al decesso; il principio in questione è il diritto al suicidio e l'accento viene quindi posto sulla libertà di compiere un atto frutto di una decisione autonoma. Per contro, vi sono nazioni come Paesi Bassi, Belgio, Lussemburgo, Spagna o Canada che consentono l'eutanasia attiva, in cui un medico somministra al paziente, dietro sua richiesta, un'iniezione letale per evitare sofferenze inutili nell'ultima fase della vita.

Quadro giuridico e medico-etico

In Svizzera non esiste una normativa specifica che disciplini nel concreto l'iter del suicidio assistito. La prassi si basa piuttosto su una combinazione di principi costituzionali generali, giurisprudenza del Tribunale federale, disposizioni del Codice penale e direttive medico-etiche.

Il quadro giuridico

Sebbene la Costituzione federale svizzera (Cost.) non contenga norme specifiche in materia di aiuto al suicidio, tutela comunque il diritto all'autodeterminazione appellandosi alla dignità umana (art. 7 Cost.), alla libertà personale (art. 10 cpv. 2 Cost.) e alla protezione della sfera privata (art. 13 cpv. 1 Cost.). Nel 2006 il Tribunale federale svizzero ha confermato in una sentenza che tale diritto all'autodeterminazione comprende anche la decisione circa il modo e il momento in cui morire, purché la persona in questione sia capace di discernimento e agisca di propria volontà. Non sussiste tuttavia alcun diritto legale all'assistenza; nessuno può essere obbligato a fornire aiuto al suicidio.

Il Codice penale svizzero (CP) opera una netta distinzione tra l'omicidio, che è vietato, e l'aiuto al suicidio, che è esente da pena. Mentre l'eutanasia attiva diretta, coerentemente, è punibile, l'aiuto al suicidio in linea di principio non lo è. Il presupposto per l'impunibilità è l'assenza di motivi egoistici (ad esempio prospettive ereditarie) da parte della persona che presta aiuto.

Fattispecie	Eutanasia attiva diretta	Suicidio assistito (aiuto al suicidio)
Disciplinamento giuridico	Art. 111 CP: Omicidio intenzionale Art. 113 CP: Omicidio passionale Art. 114 CP: Omicidio su richiesta della vittima	Art. 115 CP: Istigazione e aiuto al suicidio
Stato	Sempre punibile	Esente da pena (a condizione che la persona desiderosa di morire sia capace di discernimento e che non vi siano motivi egoistici)
Procedura	Un terzo soggetto uccide una persona dietro sua richiesta (ad esempio tramite un'iniezione).	Un terzo soggetto fornisce assistenza al suicidio (ad esempio procurando la sostanza), ma non uccide direttamente.
Ultimo atto che porta alla morte	Il terzo soggetto detiene la sovranità d'azione.	La persona che desidera morire e che è capace di discernimento detiene la sovranità d'azione.

Tabella 1: Confronto tra eutanasia attiva diretta e suicidio assistito. Fonti: Ufficio federale di giustizia. (2026). «Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico», e Accademia Svizzera delle Scienze Mediche. (2022). «Come confrontarsi con il fine vita e il decesso» (2ª edizione).

Direttive medico-etiche (ASSM)

Poiché per il suicidio assistito è necessario un medicamento soggetto a prescrizione, il ruolo dei medici è fondamentale. Le direttive «Come confrontarsi con il fine vita e il decesso» dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM) costituiscono lo standard etico in materia. Tali direttive non hanno forza giuridica diretta, ma sono alla base degli attuali requisiti per il suicidio assistito in Svizzera.

La Federazione dei medici svizzeri FMH ha integrato queste linee guida dell'ASSM nel proprio codice deontologico, rendendole così vincolanti ai sensi della disciplina associativa per i medici ad essa affiliati. In linea di principio vale quanto segue: la partecipazione al suicidio assistito è per i medici una decisione di coscienza; non sussiste alcun obbligo giuridico o deontologico a praticarlo.

Le direttive dell'ASSM impongono alla categoria medica un obbligo di diligenza particolare. L'aiuto al suicidio è quindi eticamente giustificabile solo se sono soddisfatte le seguenti condizioni:

Capacità di discernimento: la persona deve essere capace di discernimento in relazione al suicidio assistito, anche al momento dell'atto in sé. Il desiderio di ricorrere al suicidio assistito non può quindi essere indicato in anticipo nelle direttive del paziente. In caso di malattia psichica, demenza o un altro stato spesso associabile a un'incapacità di discernimento, è obbligatorio richiedere una perizia medica specialistica.

Sofferenza grave: sintomi di una malattia e/o limitazioni funzionali causano alla persona una sofferenza insopportabile. Il desiderio del soggetto di porre fine alla propria vita in questa situazione di dolore intollerabile deve risultare comprensibile per il medico sulla base dell'anamnesi e di ripetuti colloqui. In tale contesto è determinante la percezione soggettiva di sofferenza «insopportabile» per la persona in questione.

Volontà autonoma: il desiderio di porre fine alla propria vita deve essere ben pensato, persistente e non influenzato da pressioni esterne. Il medico deve inoltre aver svolto con la persona in questione almeno due colloqui approfonditi a una distanza di tempo adeguata a verificare la permanenza del desiderio.

Presenza in considerazione di alternative: il medico deve aver discusso con la persona di tutte le altre possibilità terapeutiche e soluzioni di aiuto (ad esempio cure palliative o sostegno da parte dei servizi sociali). L'aiuto al suicidio è giustificabile solo se tali opzioni sono risultate inefficaci o sono state rifiutate dalla persona capace di discernimento a tale riguardo.

Come confrontarsi con il fine vita e il decesso.
(Disponibile solo in francese, tedesco e inglese).



Il suicidio assistito nel contesto della terza età

Cifre relative al suicidio assistito in Svizzera

Il ricorso al suicidio assistito in Svizzera ha registrato un'enorme crescita negli ultimi 16 anni. Dall'inizio del millennio, il numero di casi è raddoppiato quasi ogni cinque anni. Dal 1998 al 2024, l'Ufficio federale di statistica (UST) ha documentato 17 610 suicidi assistiti. Di questi, 7330 riguardavano uomini e 10 280 donne. Nel 2024 i suicidi assistiti hanno rappresentato quasi il 2,5% di tutti i decessi in Svizzera.

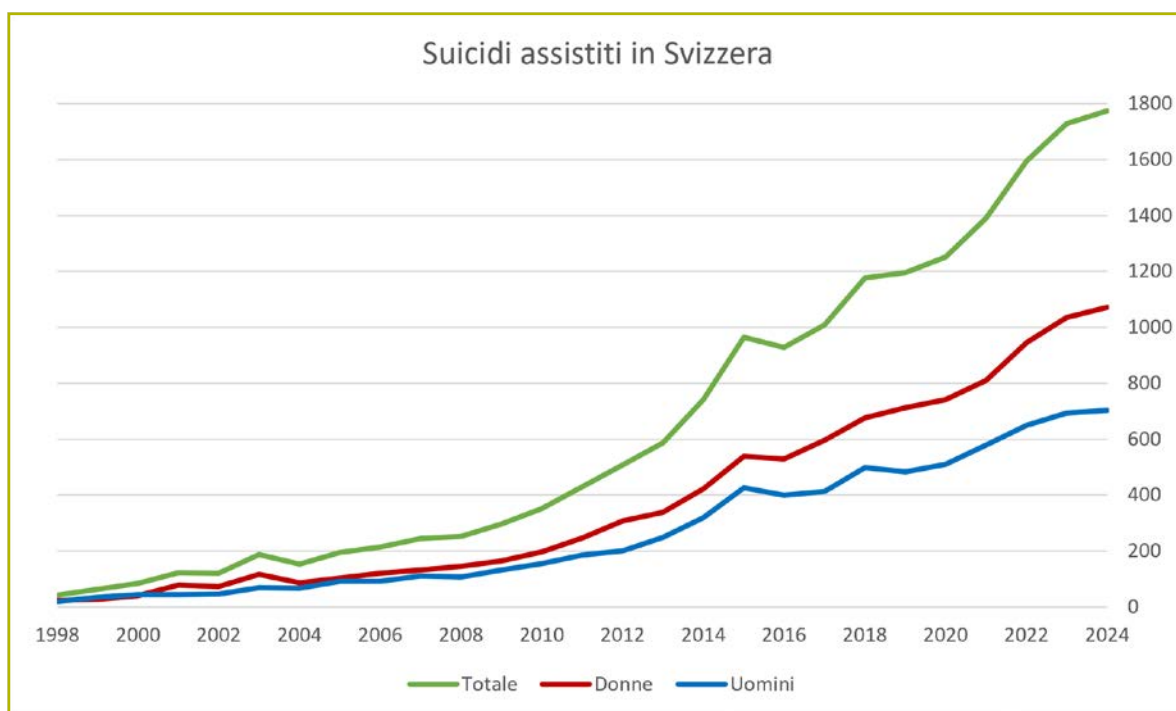


Figura 1: Andamento dei casi di suicidio assistito in Svizzera (1998-2024).
Fonte: UST – Statistica delle cause di morte (CoD)

In Svizzera, l'aiuto al suicidio è nella maggior parte dei casi un fenomeno legato alla popolazione anziana; nel 2022 l'età mediana di coloro che hanno optato per il suicidio assistito era di 81 anni. Escludendo il gruppo di quanti hanno scelto il suicidio assistito a causa di un tumore (circa il 40% dei casi), l'età mediana era di 84 anni. I suicidi assistiti sono solitamente associati all'aumento di patologie gravi e incurabili come cancro, malattie neurodegenerative o malattie cardiovascolari.

Va riscontrata inoltre una differenza tra i sessi: dal 1998 le donne di età superiore ai 65 anni rappresentano il 57% dei casi di suicidio assistito, con tendenza in aumento. Una delle ragioni principali è la maggiore aspettativa di vita delle donne, che spesso convivono con partner più anziani e quindi sopravvivono più di frequente a questi ultimi, ritrovandosi così sole nella fase della grande anzianità. Inoltre, possono rivestire una certa importanza anche pattern sociali come il desiderio di non essere di peso a nessuno o la preferenza per una morte «dolce».

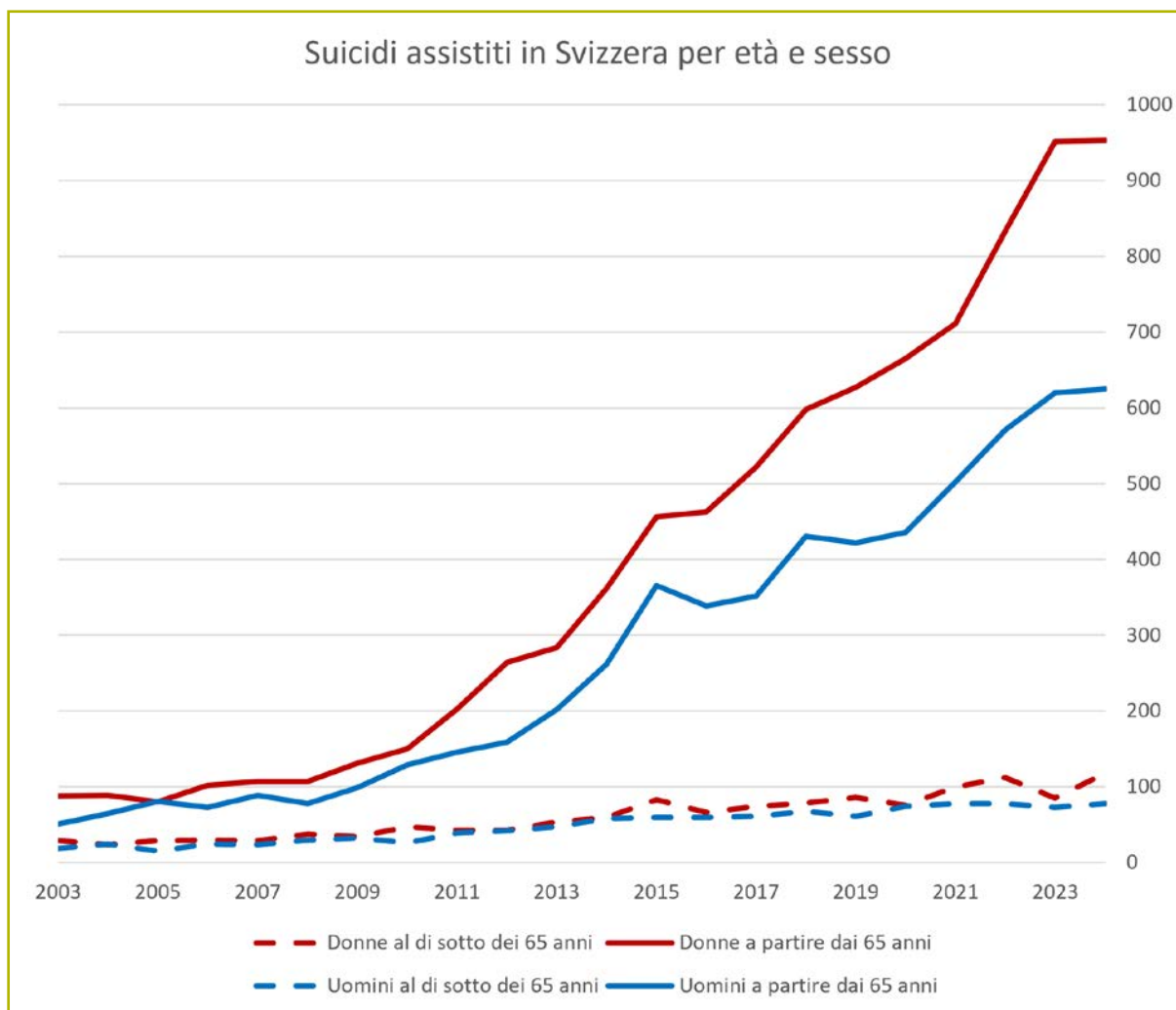


Figura 2: Andamento dei casi di suicidio assistito in Svizzera (2003-2024), suddivisi per età e sesso.
Fonte: UST – Statistica delle cause di morte (CoD).

In generale, negli ultimi 20 anni il tasso di suicidio (esclusi i casi di suicidio assistito) è diminuito, mentre è aumentato il ricorso all'aiuto al suicidio. Questo andamento in senso opposto coincide temporalmente con una visione ampiamente condivisa dalle prassi più recenti dell'aiuto al suicidio, secondo cui la morte non è più considerata come un evento patologico, ma come una parte naturale e significativa della vita.

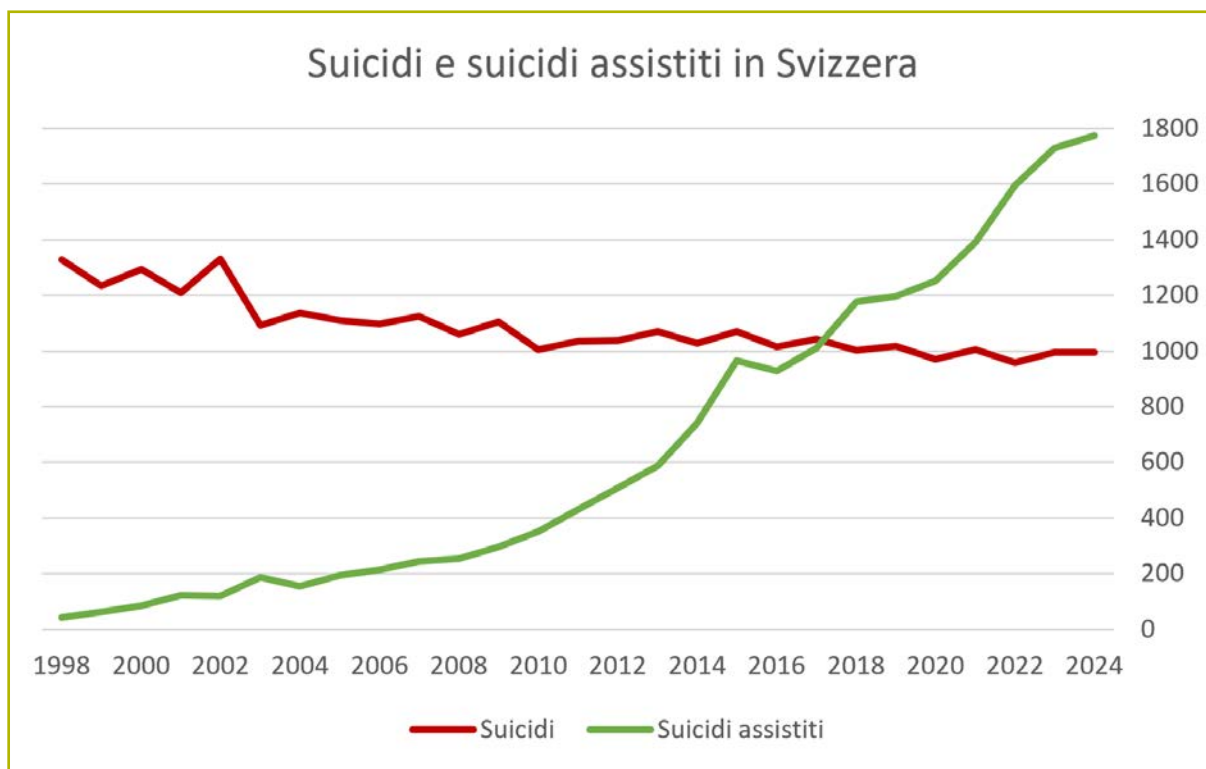


Figura 3: Andamento del numero di casi di suicidio e di suicidio assistito in Svizzera (1998-2024).
 Fonte: UST – Statistica delle cause di morte (CoD)

L'aumento dei suicidi assistiti è riconducibile a una combinazione di fattori demografici e sociali. Un elemento chiave è l'invecchiamento demografico: poiché l'aiuto al suicidio riguarda soprattutto le fasce d'età più avanzate, con l'aumentare dell'aspettativa di vita cresce anche il numero delle persone potenzialmente interessate. Parallelamente, si assiste a un cambiamento dei valori. In una società sempre più secolarizzata, le norme religiose tradizionali perdono la loro forza vincolante, mentre l'autonomia personale e l'autodeterminazione si affermano come principi guida. In tale contesto il suicidio assistito perde in parte la sua valenza di tabù e si fa piuttosto espressione di un'organizzazione attiva della vita fino all'ultima sua fase.

L'ageismo e la percezione del desiderio di morire

Nel dibattito pubblico e specialistico sul suicidio assistito, l'ageismo – ovvero la stereotipizzazione e la discriminazione delle persone in base alla loro età – svolge un ruolo spesso sottovalutato. Se la terza età viene intesa come una fase di deficit e di improduttività, l'aspettativa più diffusa è che le persone anziane si debbano ritirare dalla vita sociale e non debbano essere di peso a nessuno. Ciò può portare a un cosiddetto «age bias» nella valutazione dei desideri di suicidio: ci sarebbe infatti una maggiore propensione a valutare come ragionevoli e razionali pensieri e intenti suicidari espressi da persone anziane piuttosto che da persone giovani, poiché in tal modo le prime porrebbero fine a una fase di vita difficile e, vista da una prospettiva esterna, meno degna di essere vissuta. Il non voler essere di peso, inoltre, è in linea con lo stereotipo positivo della persona anziana cordiale e gentile.

Spesso, anche in assenza di gravi malattie, il desiderio di morire espresso da una persona anziana viene accettato più facilmente dalla società rispetto a quello espresso da un giovane. Questa normalizzazione può portare a non valutare adeguatamente la necessità e l'urgenza di una cura e a non proporre un trattamento psicoterapeutico o ulteriori interventi, anche se sarebbero indicati. Decidere autonomamente sulla propria dipartita può anche significare accettare cambiamenti e aiuto. Viceversa, vi è il rischio di ridurre crisi di vita complesse esclusivamente a una diagnosi medica come la «depressione senile». Una tale stigmatizzazione trascura i retroscena sociali e personali, spesso complicati, e rende più difficile contrastare una pericolosa deriva verso il suicidio.

Aspetti rilevanti per la pratica

Distinzione tra suicidalità acuta e suicidio assistito

La suicidalità acuta dovuta a una crisi psichica o a una malattia va distinta dal desiderio ben meditato di porre fine alla propria vita a causa di una sofferenza persistente. Mentre nel caso della suicidalità acuta l'attenzione è rivolta all'intervento immediato nella situazione di crisi e alla salvaguardia della vita, il suicidio assistito è invece un processo ponderato che si svolge in condizioni di capacità di discernimento preservata.

Parlarne può salvarti: parla dei tuoi pensieri suicidali



	Suicidalità acuta	Suicidio assistito
Contesto	Crisi psichica acuta o depressione grave	Desiderio ben meditato a causa di una malattia o di un drastico peggioramento della qualità di vita
Fattore temporale	Atto impulsivo, spesso caratterizzato da una forte ambivalenza	Idea persistente, maturata nel corso di un lungo periodo
Capacità di discernimento	Spesso limitata nel momento della crisi	Requisito indispensabile per farvi ricorso
Focus dell'aiuto	Prevenzione: trovare una via d'uscita dalla crisi	Accompagnamento: rispetto della decisione autonoma; sostegno nel momento del congedo

Tabella 2: Suicidalità acuta e suicidio assistito a confronto. Fonte: *conoscenze specialistiche interne*

Le cure palliative come opzione complementare

Le cure palliative e il suicidio assistito sono spesso percepiti come opposti, invece vanno intesi come opzioni complementari. Se si analizza la concezione di «buona morte» così come viene espressa nel contesto delle cure palliative, si evince che valori quali autonomia decisionale, controllo del dolore e dei sintomi nonché mantenimento della qualità di vita sono importanti in entrambi gli approcci.

- **Scelta autodeterminata:** chi era abituato a vivere prendendo le proprie decisioni in autonomia spesso desidera anche morire così. Detto ciò, si può anche benissimo scegliere consapevolmente di «non decidere niente» e lasciare che la morte sopraggiunga naturalmente con un'assistenza palliativa di qualità.
- **Assistenza a tutto tondo:** è necessario migliorare la consapevolezza circa le varie offerte terapeutiche disponibili nell'ultima fase della vita, in particolare anche circa le cure palliative. Le esperienze maturate nelle organizzazioni di aiuto al suicidio dimostrano che per molte persone è rassicurante sapere che esistono opzioni che fungono da «via d'uscita». Spesso si ricorre all'assistenza palliativa parallelamente alla preparazione di un suicidio assistito. L'obiettivo è creare i presupposti per prendere decisioni nell'ultima fase della vita senza essere influenzati da sofferenze fisiche, psicologiche e sociali.
- **Obiettivo politico:** in linea con il rapporto «Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita» (2020), l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) mira a promuovere l'autodeterminazione delle persone nell'ultima fase della loro vita e a migliorare l'accesso a offerte terapeutiche come le cure palliative.

Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita.
(Disponibile solo in francese e tedesco).



Coinvolgimento dei congiunti e carico gravante su di loro

Le persone che vivono e desiderano morire in modo autodeterminato sono comunque inserite in un contesto sociale. Anche congiunti e amici risentiranno delle loro decisioni. Per questi ultimi può essere utile, nel processo di congedo ed elaborazione del lutto, sapere che possono conoscere, rispettare e sostenere i desideri della persona in fin di vita, ma che la responsabilità non ricade su di loro.

Dibattito attuale

Il dibattito attuale in Svizzera si è spostato dalla questione della legittimità di principio verso questioni di dettaglio e sfide normative. La normalizzazione non pone fine ai dibattiti.

Previsione e richiesta di monitoraggio

La quota dei suicidi assistiti sul totale dei decessi è aumentata notevolmente negli ultimi anni e, secondo l'UST, nel 2024 si attestava al 2,5%. A titolo di confronto, nel 2023 tale quota ammontava al 4,1% in Canada e al 5,4% nei Paesi Bassi. In questo contesto ci si interroga se la Svizzera debba prepararsi a far fronte, nell'arco di 10-15 anni, a uno scenario in cui circa il 5% di tutti i decessi potrebbe essere riconducibile al suicidio assistito, il che – a seconda del numero di decessi – significherebbe circa 3500-3600 casi all'anno. Nell'ottica di questo eventuale massiccio aumento, si sostiene che in Svizzera manchi un registro o un sistema di monitoraggio nazionale. A differenza di quanto avviene in altri Paesi, nella Confederazione non si è finora proceduto a raccogliere e valutare in modo sistematico i documenti archiviati relativi ai suicidi assistiti. Il 26 giugno 2025 è stata presentata la mozione 25.3945, che incarica il Consiglio federale di «rilevare a fini statistici il numero dei suicidi assistiti eseguiti in Svizzera ogni anno e le circostanze dei decessi e, se necessario, adeguare le relative basi legali». La mozione è stata approvata dal Consiglio degli Stati, ma respinta in seno al Consiglio nazionale nel dicembre 2025.

Aiuto al suicidio per persone sane

Attualmente si discute se si debba ammettere il ricorso al suicidio assistito anche da parte di persone che non hanno una diagnosi medica grave. Nel 2024 il Tribunale federale ha confermato che, anche se fornito a persone sane, l'aiuto al suicidio non viola la legge sugli stupefacenti. Ciò ha alimentato il dibattito sulla natura del suicidio assistito, ovvero se vada interpretato come un puro strumento di affermazione dell'autonomia – e pertanto reso accessibile a ogni persona capace di discernimento – oppure se debba restare vincolato a criteri medici.

Sovranità di interpretazione delle associazioni vs condizioni quadro statali

In Svizzera, la messa in pratica dell'aiuto al suicidio è affidata principalmente ad associazioni private. I ricercatori sottolineano che, nel corso dei decenni, le organizzazioni attive in quest'ambito hanno acquisito una forte sovranità di interpretazione in merito alla procedura concreta e alle indicazioni in tal senso. Le critiche espresse vertono in primo luogo sulla mancanza di standard uniformi: mentre le strutture mediche sono soggette a rigorosi requisiti di qualità e vigilanza, le associazioni operano in larga misura in modo autonomo. In secondo luogo, ci si chiede sempre più spesso se non sia opportuno che lo Stato abbandoni il suo ruolo finora piuttosto passivo e crei una legge speciale per assicurare qualità e trasparenza nonché garantire un accesso equo e paritario all'aiuto al suicidio per tutte le persone. Se l'autodeterminazione sul fine vita va intesa come diritto umano o fondamentale, è legittimo chiedersi se non rientri tra i compiti dello Stato garantire attivamente questo diritto e inquadralo adeguatamente attraverso condizioni quadro vincolanti.

Intervento medico o demedicalizzazione?

Una questione che rimane aperta è se, in futuro, l'aiuto al suicidio debba essere inteso come un intervento medico soggetto ai relativi standard di qualità, oppure se la strada migliore non sia invece la demedicalizzazione. Mentre secondo l'attuale procedura il suicidio è considerato un atto privato di autodeterminazione – nell'ambito del quale i medici sono responsabili primariamente della prescrizione del medicamento, ma la responsabilità etica ricade sull'individuo e sulle organizzazioni di accompagnamento – una vera e propria demedicalizzazione andrebbe ancora oltre. Quest'ultima prevederebbe metodi completamente esenti dal coinvolgimento medico e dall'obbligo di prescrizione, al fine di svincolare del tutto il processo della morte dal sistema medico. Al contempo cresce la richiesta di una maggiore integrazione delle competenze in materia di cure palliative e aiuto al suicidio nella formazione medica, con l'obiettivo non solo di garantire a livello giuridico l'autonomia decisionale nel fine vita, ma anche di assicurare un accompagnamento competente dal punto di vista medico e umano.

Apertura degli istituti

Anche l'apertura di ospedali e case di cura finanziati con fondi pubblici come luoghi in cui trascorrere l'ultima fase della vita è un tema centrale. In primo piano vi è il benessere del paziente: quest'ultimo deve poter rimanere nell'ambiente a lui familiare ed evitare, nell'ultima fase della sua vita, cambiamenti gravosi e stressanti come, ad esempio, il trasferimento in una struttura esterna.

Libertà di scelta, ma non in solitaria

L'autonomia decisionale e la possibilità di scegliere tra diverse alternative nell'ultima fase della propria vita consentono di individuare l'opzione più adatta alle proprie esigenze. Che si tratti di cure palliative, della rinuncia al trattamento o del suicidio assistito, occuparsi per tempo delle misure precauzionali (direttive del paziente, mandato precauzionale, testamento, ecc.) permette di alleggerire il carico che grava non solo sulle persone interessate, ma anche su chi sta loro vicino. Colloqui e discussioni tra diretti interessati, congiunti e personale specializzato sono fondamentali in questo contesto.

Aspetti importanti:

- **Nessuna rappresentanza:** il suicidio assistito non può essere disposto tramite direttive del paziente in caso di futura incapacità di discernimento.
- **Requisiti:** occorre essere capaci di discernimento e avere l'esercizio dei diritti civili. Il suicidio assistito è possibile anche nel caso di una malattia psichiatrica di base o di una diagnosi di demenza, ma deve avere luogo finché la capacità di discernimento è ancora sostanzialmente intatta.
- **Volontarietà:** l'intera fase preparatoria, dall'accertamento alla messa in atto del suicidio assistito, richiede tempo. Naturalmente il processo può essere annullato dalla persona che l'ha richiesto in qualsiasi momento e senza fornire alcuna motivazione.
- **Ostacoli finanziari:** le organizzazioni di aiuto al suicidio offrono riduzioni o l'esonero dai costi, e la mancata disponibilità economica non è mai un criterio di esclusione. Nessuno dovrebbe esitare a chiedere aiuto per paura delle spese da sostenere.
- **Cure palliative:** il ricorso alle cure palliative e la preparazione del suicidio assistito non si escludono a vicenda.

Appello

La suicidalità in età avanzata **non deve** essere un tabù. Osservare, prendere sul serio, ascoltare e offrire colloqui sono misure preventive fondamentali. Al contempo è necessario accompagnare con professionalità e una certa apertura mentale le persone che si confrontano con il fine vita. **Il compito di Pro Senectute** è quello di proporre colloqui, coinvolgere i congiunti e coordinare aiuti adeguati attraverso **le giuste** interfacce, **nella consapevolezza che nessuno è obbligato a fornire aiuto al suicidio.**

Bibliografia

- Il Parlamento svizzero** (2025). Mozione 25.3944, Regolamentazione quadro applicabile al suicidio assistito. *Bollettino ufficiale*.
- Bartsch, C., Landolt, K., Ristic, A., Reisch, T., & Ajdacic-Gross, V.** (2019). Assisted suicide in Switzerland. *Deutsches Ärzteblatt International*, 116 (33–34), 545–552.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.2019.0545>
- Blanc, S., Meier, C., Gamondi, C. et al.** (2025). Preparing for the end-of-life: public attitudes towards advance directives and assisted suicide in Switzerland. *BMC Palliat Care* 24, 118.
<https://doi.org/10.1186/s12904-025-01758-7>
- Ufficio federale della sanità pubblica.** (2020). Migliorare l'assistenza e le cure alle persone che si trovano alla fine della loro vita: rapporto del Consiglio federale in adempimento del postulato 18.3384 della Commissione della sicurezza sociale e della sanità del Consiglio degli Stati (CSSS-S) del 26 aprile 2018, disponibile in tedesco e francese.
- Ufficio federale di giustizia.** (2026). Le diverse forme di eutanasia e il suo disciplinamento giuridico.
- Ufficio federale di statistica.** (2026). Statistica delle cause di morte (CoD).
- Ufficio federale di statistica.** (2026). Suicidio assistito e suicidio in Svizzera.
- Canetto, S. S.** (2019). If physician-assisted suicide is the modern woman's last powerful choice, why are White women its leading advocates and main users? *Professional Psychology Research and Practice*, 50(1), 39–50. <https://doi.org/10.1037/pro0000210>
- DIGNITAS.** (n.d.). Paesi con normative in materia di aiuto al suicidio, disponibile in inglese e tedesco
- EXIT Deutsche Schweiz.** (2025). EXIT-Mitgliederzahl auch 2024 deutlich gestiegen. *EXIT - Deutsche Schweiz*.
- Feichtner, A., Wasl, M.** (2022). Assistierter Suizid in der Schweiz. In: Feichtner, A., Körtner, U., Likar, R., Watzke, H., Weixler, D. (eds) *Assistierter Suizid*. Springer, Berlino, Heidelberg.
https://doi.org/10.1007/978-3-662-64347-1_28
- Fittkau, L., Gehring, P.** (2008). Zur Geschichte der Sterbehilfe. In: *Tod und Sterben*. Bundeszentrale für politische Bildung (bpb).
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 1: Stellen wir uns darauf ein, dass 5 Prozent aller Todesfälle mit assistiertem Suizid erfolgen. *Ars Medici*, 2024 (22), 654–657.
- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 2: Welche Verantwortung tragen Politik und Gesetzgeber? *Ars Medici*, 2024 (23), 682–685.

- Güth, U., Schneeberger, A. R., & Battegay, E.** (2024). Die Zukunft der Suizidhilfe in der Schweiz – Teil 3: Ist Suizidhilfe in Vereinshand Teil des eidgenössischen Brauchtums? *Ars Medici*, 2024 (24), 714–717.
- Hurst-Majno, S.** (2025). L'autoregolamentazione e i suoi limiti [presentazione]. Convegno Science et politique à table: L'aiuto al suicidio è regolamentato in modo sufficiente in Svizzera? Disponibile in francese e tedesco. *Accademie svizzere delle scienze*, Berna, Svizzera.
- Comitato direttivo del PNR 67 Fine della vita.** (2017). Fine della vita: rapporto di sintesi del programma nazionale di ricerca PNR 67, disponibile in inglese, tedesco e francese. *Fondo nazionale svizzero*.
- Obsan** (2025). *Suicidio e aiuto al suicidio* (indicatore Obsan), disponibile in tedesco e francese.
<https://ind.obsan.admin.ch/indicator/obsan/010>
- Riedel, A., Klotz, K., & Heidenreich, T.** (2024). Ethische Aspekte von Todes- und Suizidwünschen älterer Menschen in der Pflege und für Pflegefachpersonen. *Ethik in Der Medizin*, 36 (3), 263–281.
<https://doi.org/10.1007/s00481-024-00822-9>
- Rüegger, H.** (2025). Sich für das Sterben entscheiden können. *NOVA- cura*, 56 (8), 1–4
- Schwarzenegger, C., Manzoni, P., Studer, D., & Leanza, C.** (2010). Was die Schweizer Bevölkerung von Sterbehilfe und Suizidbeihilfe hält: Erste Resultate einer repräsentativen nationalen Befragung. *Jusletter*, 13 settembre 2010.
- Accademia Svizzera delle Scienze Mediche.** (2019). La capacità di discernimento nella prassi medica: Direttive medico-etiche (1a edizione).
- Accademia Svizzera delle Scienze Mediche.** (2022). «Come confrontarsi con il fine vita e il decesso» (2ª edizione).
- Codice civile svizzero**, RS 210. (2026) Art. 16.
- Codice civile svizzero**, RS 210. (2026) Art. 18.
- Tag, B.** (2025). Opzioni di intervento per Parlamento e legislatore [presentazione]. Convegno Science et politique à table: L'aiuto al suicidio è regolamentato in modo sufficiente in Svizzera? Disponibile in francese e tedesco. *Accademie svizzere delle scienze*, Berna, Svizzera.
- Umbricht, A.** (2022). Telefonische Omnibus-Befragung zum assistierten Suizid: Quantitative Befragung im Auftrag von «DIGNITAS – Menschenwürdig leben – Menschenwürdig sterben». *gfs-zürich, Markt- & Sozialforschung*.
- Xu, C. X.** (2025). Assisted suicide in Switzerland: the impact of shifting public attitudes on families and professionals. *Undergraduate Journal of Public Health*, 9 (0).
<https://doi.org/10.3998/ujph.7609>
- Zimmermann, M.** (2025). Aiuto al suicidio oggi: cifre, fatti, punti controversi [Präsentation]. Convegno Science et politique à table: L'aiuto al suicidio è regolamentato in modo sufficiente in Svizzera? Disponibile in francese e tedesco. *Accademie svizzere delle scienze*, Berna, Svizzera.

Impressum

Editrice: Pro Senectute Svizzera, settore «Ricerca di base e Politica»

Redazione: Corinne Hafner Wilson, Anna Celio-Panzeri, Eliane Müller, Noah Golub, Tina Weber, Rahel Habegger

Pro Senectute Svizzera

Lavaterstrasse 60

8027 Zurigo

www.prosenectute.ch/it/esperti/ricerca-di-base

E-mail: innopol@prosenectute.ch

1ª edizione: giugno 2026

Con i documenti di base, Pro Senectute Svizzera affronta e inquadra tematiche d'attualità concernenti la politica della vecchiaia. Pro Senectute Svizzera si impegna a favore di un linguaggio inclusivo e neutrale. Tutti i testi sono privi di forti vincoli di codificazione e di valutazione.

