



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**CONOSCENZE, ATTITUDINI, PERCEZIONI DEGLI
INFERMIERI SUL SUICIDIO ASSISTITO: REVISIONE
DELLA LETTERATURA**

Relatrice:

Dott.ssa Simonetti Valentina

Tesi di Laurea di:

Gallicchio Maddalena

A.A. 2019/2020

Sommario

ABSTRACT	3
1. QUADRO TEORICO	5
1.1 Situazione giuridica nei vari Paesi	5
1.2 Questioni etiche del fine vita.....	11
1.3 La morte.....	12
1.4 L'importanza della comunicazione e della relazione terapeutica.	13
1.5 Distress morale	14
2. INTRODUZIONE.....	15
3. OBIETTIVO.....	17
4. MATERIALI E METODI	18
4.1 Disegno di studio	18
4.2 Strategia di ricerca.....	18
4.3 Criteri di inclusione ed esclusione	18
5. RISULTATI.....	18
6. DISCUSSIONI	28
6.1 Limiti della revisione.....	29
7. CONCLUSIONI	29
7.1 Implicazioni per la pratica clinico-assistenziale.....	30
7.2 Implicazioni per le future ricerche.....	31
8. BIBLIOGRAFIA	32
9. RINGRAZIAMENTI	35

ABSTRACT

Introduzione

Il tema affrontato in questo lavoro di tesi tratta un argomento di attualità e di rilevanza etica: il suicidio assistito. Recenti studi hanno dimostrato che il numero di richieste di suicidio assistito è in continuo aumento dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione e al crescente numero di malattie terminali. Le ricerche dimostrano come gli infermieri svolgano un ruolo fondamentale nell'assistenza alle persone nel fine vita e che molte di loro si rivolgono al personale sanitario per intraprendere questo percorso.

L'obiettivo della revisione è quello di riassumere le attuali evidenze sulle conoscenze, attitudini e percezioni degli infermieri sul suicidio assistito mettendo in evidenza il ruolo dell'infermiere nel fine vita e il relativo impatto emozionale.

Materiali e metodi

È stata effettuata una revisione integrativa della letteratura. La ricerca mediante la banca dati Pubmed ha individuato diversi articoli.

Le parole chiave utilizzate sono state: “assisted suicide and nursing and questionnaire”, “assisted suicide and nursing and knowledge and questionnaire”, “assisted suicide and nursing and attitude”, “assisted suicide and nursing role”, “assisted suicide and nurses and end of life”, “assisted suicide and nurses and communication”.

Risultati

La revisione si basa su dieci studi. Dall'analisi degli articoli si è potuto osservare che il ruolo degli infermieri nell'accompagnamento alla morte assistita è fondamentale. Essi sono influenzati da alcuni fattori:

- mancanza di formazione;
- status legale;
- limitato coinvolgimento;
- implicazioni etiche;
- influenza della religione.

Inoltre, è emerso che fungono da portavoce del paziente. Il dialogo tra professionisti sanitari gioca un ruolo importante all'interno di questa pratica. Le implicazioni etiche riguardo al suicidio assistito fanno emergere due posizioni contrastanti: pro e contro suicidio assistito. Parallelamente risulta una scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella pratica del suicidio assistito.

Conclusioni

Molti infermieri, durante la loro carriera si troveranno a doversi occupare dei problemi legati allo stadio finale della vita dei pazienti. Dato questo coinvolgimento, dovrebbero essere preparati ad affrontare i problemi della morte assistita. Sarebbe auspicabile che il tema del suicidio assistito venga trattato maggiormente ed assicurare che gli infermieri dirigano il loro ruolo nelle cure di fine vita e nella morte assistita, piuttosto che consentire agli altri di definirlo per loro.

È stato osservato che i fattori che influenzano la concezione e il ruolo dell'infermiere, nel caso in cui, in un contesto ospedaliero, il paziente faccia richiesta di assistenza al suicidio assistito, sono molteplici. Infatti, fattori demografici, legislativi, socioculturali, religiosi, oltre che alle competenze comunicative, vanno a impattare sulla concezione personale dell'infermiere sul suicidio assistito, sul suo ruolo nell'accompagnamento nel fine vita, come pure dell'eticità di questo gesto.

1. QUADRO TEORICO

1.1 Situazione giuridica nei vari Paesi

Il tema del suicidio assistito rappresenta un argomento particolarmente sentito nella società contemporanea che suscita diversi dibattiti non solo in ambito sanitario. Infatti, da molti anni si discute sul modo moralmente giusto di morire. In Svizzera il suicidio assistito è legalizzato: le prime organizzazioni sono nate 35 anni fa. Il Codice penale svizzero fa capo all'articolo 115 per regolamentare il suicidio assistito affermando che "Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con la reclusione sino a cinque anni o con la detenzione". Proprio sulla base di tale articolo che in Svizzera Associazioni come "*Dignitas* ed *Exit*" offrono assistenza al suicidio a chi ne fa richiesta, restando impuniti grazie alla dimostrazione dell'assenza di un "*fine egoistico*". Il soggetto richiedente deve essere affetto da una malattia incurabile e il tutto deve avvenire in modo cosciente e nella piena facoltà di giudizio. (Confederazione Svizzera. Codice penale svizzero, 1937).

Oltre alla Svizzera ci sono altri paesi in cui il suicidio assistito è regolamentato.

L'Oregon, piccolo stato degli Stati Uniti, permette il suicidio assistito come assistenza medica. L'Oregon Death with Dignity Act, legge entrata in vigore nel 1997, prevede che un adulto sano di mente e affetto da una patologia terminale possa assumere una dose di farmaci letali "*per mettere fine alla sua vita umanamente e dignitosamente*" (art. 2.01). Quello che conta è che deve essere il paziente stesso a commettere il suicidio. La legge richiede il passaggio di 15 giorni (art. 3.06) tra la prima richiesta, a voce, del paziente e quella definitiva da sottoscrivere in presenza di due testimoni.

L'Olanda permette quella che viene definita "*dolce morte*" approvando il suicidio assistito e l'eutanasia attiva. L'articolo 294 del Codice penale afferma che: "qualsiasi persona che termini la vita di un'altra persona su espressa e ponderata richiesta di quell'altra persona è passibile di prigione per non più di dodici anni o di una multa di 5° categoria." Nonostante ciò nel 2002 è stata approvata la legge che prevede "di includere nel Codice penale un criterio di esclusione dalla pena per il medico che in osservanza dei criteri di accuratezza pratici l'interruzione della vita su richiesta o assista al suicidio." I criteri che il medico deve rispettare per non incorrere nell'accusa di omicidio, elencati nell'articolo 2, comprendono "la convinzione che si tratti di una richiesta spontanea e ben ponderata" da parte del paziente (articolo 2.1a), una situazione di "sofferenze insopportabili e senza prospettive di miglioramento" (articolo 2.1b), l'aver debitamente informato il paziente della sua situazione e delle sue prospettive (articolo 2.1c) e l'aver chiesto il parere indipendente di un altro medico (articolo 2.1e). Una delle norme più contestate della legge olandese è quella che apre anche

ai giovani tra 12 e 16 anni di età a condizione che siano ritenuti “capaci di ragionevole valutazione dei propri interessi e che i genitori siano d'accordo (articolo 2.4)” Per ogni caso di assistenza al suicidio sono esaminate cinque commissioni regionali.

Il Belgio sembra abbastanza vicino alla situazione olandese. Approvata nel 2002 la legge belga nell'articolo 3 prevede che:

- il paziente è maggiorenne o un minore emancipato, capace di intendere e volere al momento della richiesta;
- l'istanza è presentata con un'iniziativa volontaria, meditata e reiterata, e non risulta indotta da pressioni esterne;
- il malato è in una condizione sanitaria senza speranza e la sua sofferenza sul piano fisico o psichico è persistente e insopportabile, che non può essere alleviata ed è la conseguenza di una malattia acuta o cronica grave e inguaribile.”

Anche qui è richiesto il parere di un secondo medico e ogni atto viene valutato da un comitato. Con l'introduzione della legge belga sull'eutanasia è sorta la domanda se questi articoli riguardassero anche il suicidio assistito perché nella norma non sarebbe esplicitamente menzionato. A questa domanda il Consiglio di Stato belga, l'ordine dei medici e la commissione di controllo hanno dato risposta positiva non considerandolo come reato.

Nello stesso anno il Belgio ha approvato una legge sui diritti del paziente che garantisce al malato un'informazione esaustiva, rispetto della dignità umana e della propria autonomia. La legge prevede anche di stilare una dichiarazione di volontà al trattamento, quello che per noi è il testamento biologico, che può prevedere la sospensione di un trattamento in determinate condizioni.

In Germania nel 2015 fu approvato l'articolo 217 del Codice penale, legge per evitare che associazioni o singoli individui garantissero l'assistenza al suicidio a fini di business. La legge stabiliva che *“chiunque, con l'intenzione di aiutare un'altra persona a commettere un suicidio, fornisce, procura o organizza l'opportunità di farlo e le cui azioni sono intese come un inseguimento ricorrente, incorre in una pena detentiva per una durata non superiore a tre anni o in una multa.”* La sentenza del 26 febbraio 2020 ha annullato l'articolo 217 depenalizzando il suicidio assistito. Viene affermata che *“l'autodeterminazione alla fine della propria vita rientra nell'area della personalità umana”*, questo vuol dire che il diritto a togliersi la vita non è limitato alle persone anziane o gravemente malate ma è diritto di tutti (Corte costituzionale tedesca, Sezione II, sentenza 26 febbraio 2020).

Nel 2009 il Lussemburgo ha approvato la legge sull'eutanasia e suicidio assistito. Per fare richiesta la persona deve trovarsi in uno stato di sofferenza fisica o psichica impossibile da sopportare, deve essere una richiesta libera senza pressioni esterne, persona maggiorenne e capace di intendere e di volere. Nello stesso anno è stata approvata una normativa sul diritto del malato alle cure palliative e diritto di assistenza nel fine vita (Decisioni di fine vita ed ausilio al suicidio, 2019).

In Spagna, l'eutanasia come il suicidio assistito è illegale e punita dall'articolo 143 del Codice penale con pene severe che arrivano fino a dieci anni: *“1. Chiunque istighi altra persona al suicidio sarà punito on pena detentiva da quattro a otto anni. 2. Sarà punito con la detenzione da 2 a cinque anni chiunque favorisca con atti necessari allo scopo il suicidio di una persona. 3. Sarà punito con detenzione da sei a dieci anni se il suo aiuto si spinge fino al punto di cagionare la morte. 4. Chiunque cagiona la - o coopera attivamente con atti necessari e diretti alla - morte di altri, su richiesta esplicita, seria e non equivoca di quest'ultimo, nel caso in cui la vittima soffra di una infermità grave e tale da condurla inevitabilmente alla morte, o tale da procurarle sofferenze permanenti gravi e difficili da sopportare, è punito con una pena inferiore di uno o due gradi rispetto a quelle indicate nei commi 2 e 3 del presente articolo.”*

Nel 2018 viene presentata una proposta di legge al fine di depenalizzare il suicidio assistito e l'eutanasia, modificando il Codice penale, decaduta poi successivamente. Attualmente è ancora in atto una secondo disegno di legge.

Anche in Canada, dal 2016 è entrata in vigore una legge che regola il suicidio assistito. La legge fissa alcuni criteri quali la maggiore età, la presenza di una malattia grave e incurabile (ma non necessariamente terminale), una sofferenza duratura e insostenibile e la persona che ne fa richiesta sia capace di intendere e di volere.

Per quanto riguarda la nostra realtà, in Italia suicidio assistito ed eutanasia attiva sono pratiche illegali. L'articolo 580 del Codice penale afferma che: *“Chiunque determina altri al suicidio o rafforza l'altrui proposito di suicidio, ovvero ne agevola in qualsiasi modo l'esecuzione, è punito, se il suicidio avviene, con la reclusione da cinque a dodici anni.”* Ma con la sentenza 242/2019 la Corte costituzionale ha ritenuto *“non punibile”* chi *“agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di un paziente tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche e psicologiche che egli reputa intollerabili ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli”*. Sono state create quindi delle condizioni di non punibilità in cui bisogna rispettare le norme sul consenso informato, sulle cure palliative e sulla sedazione profonda in riferimento agli articoli 1 e 2 della

legge 219/2017 “*Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.*”

Art. 1

Consenso informato

1. La presente legge, nel rispetto dei principi di cui agli articoli 2, 13 e 32 della Costituzione e degli articoli 1, 2 e 3 della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, tutela il diritto alla vita, alla salute, alla dignità e all'autodeterminazione della persona e stabilisce che nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge.

2. È promossa e valorizzata la relazione di cura e di fiducia tra paziente e medico che si basa sul consenso informato nel quale si incontrano l'autonomia decisionale del paziente e la competenza, l'autonomia professionale e la responsabilità del medico.

Contribuiscono alla relazione di cura, in base alle rispettive competenze, gli esercenti una professione sanitaria che compongono l'equipe sanitaria. In tale relazione sono coinvolti, se il paziente lo desidera, anche i suoi familiari o la parte dell'unione civile o il convivente ovvero una persona di fiducia del paziente medesimo.

3. Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale

indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

4. Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

5. Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. Ai fini della presente legge, sono considerati trattamenti sanitari la nutrizione artificiale e l'idratazione artificiale, in quanto somministrazione, su prescrizione medica, di nutrienti mediante dispositivi medici. Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

6. Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il

medico non ha obblighi professionali.

7. Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirlo.

8. Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce il tempo di cura.

9. Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale.

10. La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative.

11. È fatta salva l'applicazione delle norme speciali che disciplinano l'acquisizione del consenso informato per determinati atti o trattamenti sanitari.

Art. 2

Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

1. Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38.

2. Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze

refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente.

3. Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua o il rifiuto della stessa sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

1.2 Questioni etiche del fine vita

La professione di infermiere è basata sul rispetto del Codice Deontologico e ha lo scopo di promuovere la salute e ristabilirla, prevenire la malattia e alleviare la sofferenza. Il Codice Deontologico stabilisce le norme dell'agire professionale e ne definisce i principi che compongono il sistema etico all'interno della relazione curante-assistito. L'infermiere è un soggetto attivo, che opera in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità in cui il rispetto dei diritti dell'uomo e dei principi etici è fondamentale per assistere e curare la persona. (Consiglio internazionale degli infermieri, 2012). L'etica infermieristica viene definita come "l'insieme dei valori e delle norme che presiedono e regolano la condotta di chi è deputato a fornire al malato l'assistenza sanitaria richiesta per i suoi bisogni individuali" (Mori, 2012). Inoltre, noi come curati siamo soggetti a due etiche: professionale e generale. Quella professionale mette in evidenza i valori e i doveri di ruolo, in relazione all'appartenenza di un gruppo di professionisti; mentre quella generale è l'etica che ci porta a chiarire le cose per il bene della collettività. È importante conoscere i principi etici che sono alla base dell'assistenza infermieristica: principio di autonomia, principio di beneficenza/non maleficenza, principio di giustizia, principio di integrità morale della professione (Cattorini, 2011).

Il principio di rispetto dell'autonomia del paziente vede la libertà di scelta della persona, il rispetto delle sue decisioni e la considerazione delle sue richieste, mettendolo nelle condizioni di farlo. In caso contrario si lede il suo principio di autodeterminazione (Cattorini, 2011).

Il principio di beneficenza si propone di fare del bene al paziente promuovendo il suo benessere, alleviando le sofferenze mentre il principio di non maleficenza è volto a non recare danni al malato. Il paziente spesso sa quale sia il bene o il male per lui, il compito dell'infermiere è quello di indirizzarlo alla scelta migliore orientando l'assistenza verso il malato (Cattorini, 2011).

Il principio di giustizia si basa sull'obbligo di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi.

Il principio di integrità morale della professione esige che si agisca consapevolmente come professionisti delle cure secondo scienza e coscienza. Il professionista non è solo un erogatore di cure ma una persona avente ragioni etiche sulla base delle quali poter obiettare (Cattorini, 2011).

All'interno di un tema delicato come quello del suicidio assistito ci sono le persone a favore e le persone contrarie a questa pratica. A favore di questa pratica ci sono tre principi etici: l'autodeterminazione, il "diritto di morire" e il principio del gesto caritatevole.

Il principio di autodeterminazione riconosce al paziente il principio di autonomia quindi decidere della propria morte.

Il "diritto di morire" è strettamente collegato al principio di autodeterminazione: "il soggetto moderno fondamentale libero nelle sue scelte personali, rivendica il controllo sulla propria vita e sulla propria morte."

Il principio del gesto caritatevole riguarda l'obbligo dei medici di lenire le sofferenze per il bene del paziente.

Le persone contrarie al suicidio assistito invece difendono tre principi: la sacralità della vita, l'integrità professionale e l'argomento del pendio scivoloso (Comitato nazionale d'etica medica, 2011). Il principio di sacralità della vita afferma che: se la vita è un dono di Dio allora neppure il malato che soffre ha il diritto di disporre della sua vita e quindi dovere dei professionisti è quello di allungare la vita il più possibile. Secondo il principio dell'integrità morale il suicidio assistito è in contrapposizione con il ruolo morale e professionale del medico: il suo compito è quello di guarire. Con la metafora del pendio scivoloso si sostiene che la legalizzazione di tale pratica comporterebbe un inevitabile risultato negativo. Il suicidio assistito verrebbe ampliato anche a quei casi che non erano previsti.

1.3 La morte

Il tema del suicidio assistito richiama quello più ampio della morte. L'infermiere ha a che fare con la morte quasi tutti i giorni durante il suo percorso professionale. Il fatto di interagire con persone ricoverate allo stadio terminale, richiede un approccio diverso rispetto alle altre situazioni cliniche. Secondo il Codice Deontologico, l'infermiere è in grado di assistere la persona durante tutte le fasi del percorso assistenziale e nella presa in carico del paziente morente sicuramente spicca quella che è la funzione educativa. Questa particolare funzione dovrebbe dare alle persone in stadio terminale, di poter affrontare la morte nel modo più "umano" possibile. Durante la fase finale della vita

l'infermiere ha un ruolo fondamentale di educatore nei confronti sia del paziente che della famiglia. Quindi perché fa paura parlare della morte?

Per molti infermieri è difficile confrontarsi con questa tematica, perché si sentono inadeguati a livello di competenze. Un fattore che ostacola gli infermieri è quello di non avere una preparazione adeguata che permette di soddisfare i bisogni di una persona in una fase così delicata. Un altro fattore è proprio il suo vissuto: un'esperienza negativa può creare una barriera nei confronti di questa fase che non permette di assistere la persona nel modo migliore (Bianchi, 2017).

La morte e la nascita sono entrambi due processi fisiologici e naturali e in quanto tali devono essere ostacolati il meno possibile da provvedimenti medici (Borasio, 2015). Nonostante ciò la morte rimane un grosso mistero, un sentimento molto intimo. Essa procura angoscia e genera in noi molte domande. Viviamo quindi in un mondo che ha paura della domanda "come morire?" (De Hennezel, 2000).

1.4 L'importanza della comunicazione e della relazione terapeutica.

Nel rapporto curante-paziente, l'infermiere deve conoscere bene quelle che sono le regole della comunicazione perché è stato dimostrato che nelle persone ricoverate, avere una figura professionale di riferimento a cui chiedere informazioni o parlare delle proprie scelte, giovi molto. La comunicazione non è solo un insieme di parole ma il linguaggio è qualcosa di più complesso che prevede anche la presenza del cosiddetto "linguaggio non verbale" ovvero un insieme di gesti, espressioni, modi di fare che caratterizzano la persona. È così che il professionista deve sapersi rapportare con il paziente, evitare atteggiamenti paternalistici ed utilizzare un linguaggio prettamente professionale, essere disposto ad ascoltare ma soprattutto a mettersi costantemente in discussione non facendo prevalere le proprie idee sul diritto di libertà del paziente. La comunicazione quindi è uno strumento chiave per la gestione del paziente nella fase terminale di vita. Il processo comunicativo è complesso e difficile perché intensificato dal peso morale e psicologico del tema, quindi importante è una buona formazione dei professionisti. (Yvonne Denier et al. 2010).

Poiché la comunicazione svolge un ruolo prioritario nel processo di assistenza al paziente, la relazione che si instaura con l'assistito rappresenta per il professionista sanitario un aspetto cruciale. L'infermiere, non limitandosi ad eseguire interventi tecnici, nel prendersi cura del malato svolge una funzione terapeutica e supportiva attraverso il dialogo, con lo scopo di stabilire un'interazione efficace e personalizzata volta al soddisfacimento dei bisogni (Carla Gatto, 2016).

Il codice deontologico nell'articolo 4 enuncia che:

“Nell'agire professionale l'Infermiere stabilisce una relazione di cura, utilizzando anche l'ascolto e il dialogo. Si fa garante che la persona assistita non sia mai lasciata in abbandono coinvolgendo, con il consenso dell'interessato, le sue figure di riferimento, nonché le altre figure professionali e istituzionali. Il tempo di relazione è tempo di cura.” (Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche, 2019).

1.5 Distress morale

Cosa si intende per distress morale?

Il filosofo Andrew Jameton nel suo libro di etica infermieristica, lo definisce come: *“una sensazione dolorosa e/o uno squilibrio psicologico che si manifesta quando gli infermieri sono consci dell'azione morale più appropriata alla situazione, ma non possono svolgerla a causa di ostacoli istituzionali, quali la mancanza di tempo, o la carenza di supporto direttivo, o l'esercizio del potere medico, o i limiti dovuti a politiche istituzionali, o i limiti legali.”*

In base alle sensazioni provate, Jameton distingue il distress morale dall'incertezza e dal dilemma morale.

L'incertezza morale si riscontra quando l'infermiere è incerto su quali principi etici e valori morali sono racchiusi nella situazione oppure quando non ha conoscenze o informazioni a sufficienza per capire cosa fare.

Il dilemma morale avviene quando l'infermiere deve scegliere tra più principi etici che sembrano adatti alla stessa situazione, rendendo difficile quindi stabilire cosa è “giusto” e cosa è “sbagliato”.

Gli infermieri che sperimentano il distress morale vivono una situazione nella quale comprendono quale sia il comportamento giusto ma per svariati motivi non possono metterlo in pratica, trovandosi così ad agire contro i propri valori personali.

Nathaniel (2002) ha proposto una successiva definizione di distress morale: *“Un dolore che riguarda sia il corpo sia la mente ed inevitabilmente interferisce nei rapporti con gli altri, in risposta ad una situazione problematica, rispetto alla quale si è consapevoli di non aver tenuto un comportamento corretto e ci si sente perciò moralmente responsabili”*.

In altre parole, il distress morale è attenzione, disponibilità cognitiva ed emotiva e preoccupazione. È un coinvolgimento personale non facile da sostenere e l'esito non è sempre una cura più “umana”, perché il carico emotivo rischia di danneggiare sia il proprio equilibrio ma anche la relazione con il

paziente. È bene quindi considerare soggetto vulnerabile non solo chi riceve le cure, ma anche chi le eroga.

2. INTRODUZIONE

Il tema del suicidio assistito negli ultimi anni è diventato un settore di indagine che ha richiamato su di sé le opinioni pubbliche. La discussione sul suicidio assistito crea molti interrogativi nella popolazione, nonostante questo rimane un tabù di cui si sente poco parlare. Nella medicina moderna le tecnologie sempre più avanzate e la concezione di morte come limite da superare, hanno permesso di allungare la vita tralasciandone il concetto di qualità e volontà da parte del soggetto. Negli ultimi anni si è sentito spesso parlare del caso di Fabiano Antoniani (Dj Fabo) che a causa di un incidente diventò cieco e tetraplegico e dopo anni di terapie senza esito maturò la consapevolezza di porre fine alla sua vita. Fabiano morì il 27 febbraio 2017 in una clinica svizzera aiutato dall'amico Marco Cappato, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni e della campagna Eutanasia legale. Questo ha spinto in me il desiderio di approfondire questo tema, sfruttando anche il fatto che in Svizzera il suicidio assistito è legale.

Ma cos'è il suicidio assistito?

“Il suicidio assistito consiste nell'aiuto intenzionale fornito al paziente, sulla base di una richiesta competente e volontaria, a terminare la propria vita tramite l'assunzione di un farmaco prescritto da un medico in dosi letali. La persona deve assumere il farmaco autonomamente. Il paziente può perseguire il suicidio assistito attraverso i suoi curanti e/o in collaborazione con le associazioni presenti sul territorio svizzero che offrono servizi in questo ambito. Vi sono alcuni criteri, per il personale medico, stabiliti dalla Commissione Nazionale di Etica e dalla Accademia Svizzera delle Scienze Mediche, che debbono essere rispettati e altri criteri specifici emanati dalle rispettive differenti associazioni che offrono servizi in merito al suicidio assistito” (Istituto oncologico della Svizzera Italiana, 2016).

Negli ultimi anni, molti Paesi sono impegnati nel dibattito che riguarda il fine vita e il diritto a una morte dignitosa. Ciò comporta anche un dibattito sugli aspetti specifici di questo diritto. Uno di questi aspetti dovrebbe essere necessariamente il diritto di ricevere cure palliative adeguate, e sembra esserci anche un certo consenso per quanto riguarda il diritto di direttive anticipate o possibilità di scrivere testamenti. Un altro aspetto che sembra avere approvazione è la necessità di evitare “futili” e “straordinari” trattamenti che prolungano la vita di persone che stanno morendo (Tamayo-Velaquez et al. 2012). A tal proposito sembrano esserci un'enorme quantità di controversie, sia per quanto riguarda la possibilità di scegliere come e quando morire, e sia per

quanto riguarda il coinvolgimento degli operatori sanitari nel realizzare tale processo (Tamayo-Velaquez et al. 2012). Sarà importante analizzare quanto questa pratica sia coerente con gli obiettivi e la natura dell'assistenza infermieristica, le relative implicazioni legali ed etiche e la possibilità di esercitare un'obiezione di coscienza (Tamayo-Velaquez et al. 2012; Wilson et al. 2018; Monteverde, 2017). Molte organizzazioni vietano il loro coinvolgimento nel suicidio assistito perché andrebbe contro le tradizioni e gli obiettivi della professione (Stokes et al. 2017).

Gli infermieri hanno quattro grandi responsabilità: promuovere la salute, prevenire le malattie, ripristinare la salute e alleviare la sofferenza (Monteverde, 2017). Alla luce delle richieste di suicidio assistito, gli operatori sanitari come si relazionano alla base dei valori morali della loro professione? Quanto sono ben addestrati nel soddisfare le esigenze di questi pazienti, rispettando la loro autonomia e considerando la loro vulnerabilità? (Monteverde, 2017)

Il personale sanitario che per primo viene a conoscenza di questa volontà è l'infermiere e questo avviene sia nei paesi in cui il suicidio assistito è legale e sia dove non lo è. Eppure, nonostante la loro vicinanza a pazienti e famiglie, gli infermieri continuano ad essere trascurati nella maggior parte delle discussioni sulla morte assistita (Elmore et al. 2018; Gielen et al. 2009; Van Bruchem-Van de Scheur et al. 2007) e poco si sa circa i loro atteggiamenti, conoscenze ed esperienze in questo settore (Tamayo-Velaquez et al. 2012). Nella cura quotidiana dei pazienti nella fase terminale della loro vita, gli infermieri creano relazioni in cui entrano in gioco valori, credenze ed emozioni (Elmore et al. 2018; Wilson et al. 2018). I loro sentimenti sono estremamente complessi: conflitto personale, incertezza morale, paura che vanno ad aggiungersi a una vasta gamma di valori sociali, religiosi e legali (Tamayo-Velaquez et al. 2012). Nonostante il coinvolgimento principale degli infermieri nelle pratiche di fine vita, il loro atteggiamento nei confronti del suicidio assistito rimane sottorappresentato nella ricerca (Wilson et al. 2018), una "voce inquietantemente silenziosa" (Monteverde, 2017). Al contrario, la voce degli infermieri è indispensabile per definire e valutare pratiche eticamente sicure che garantiscono la libertà di decisione del paziente, ma anche aiutare a prevenire vecchie e nuove forme di abbandono quando affrontano la fase terminale della vita (Monteverde, 2017).

Inoltre, una buona comunicazione è un requisito essenziale nell'assistenza di fine vita. Possiamo distinguere la comunicazione tra operatori sanitari e pazienti/famiglia, e quella tra professionisti dell'assistenza (Denier et al. 2010).

Il primo contesto richiede competenze specifiche nella comunicazione verbale e non verbale, la capacità di ascolto e presenza, con particolare attenzione al paziente e la capacità della famiglia di

comprendere le informazioni, comunicare i loro desideri ed esprimere preoccupazioni e sentimenti (Denier et al. 2010).

Nel secondo contesto, la comunicazione tra professionisti è un prerequisito per comunicare con paziente e famiglie e fornire un fine vita di buona qualità. Per sviluppare un piano di cure basato sulle esigenze e desideri del paziente, le linee di comunicazioni tra i professionisti sanitari devono essere aperte (Denier et al. 2010).

3. OBIETTIVO

L'obiettivo della revisione è quello di effettuare una sintesi degli studi disponibili inerenti alle conoscenze, percezioni e attitudini degli infermieri sul suicidio assistito per comprendere quali potrebbero essere le diverse implicazioni etiche, le difficoltà nell'accompagnamento al suicidio assistito e ed esplorare i limiti che caratterizzano la professione infermieristica in questo ambito.

Le domande di ricerca che hanno guidato la revisione sono:

- Le conoscenze sul suicidio assistito influenzano le attitudini degli infermieri?
- Le disposizioni legislative impattano sulle percezioni, attitudini e conoscenze sul suicidio assistito?
- Quali sono le implicazioni etiche delle cure infermieristiche rispetto al suicidio assistito?
- Quali limiti caratterizzano la professione infermieristica nell'ambito della morte assistita?

4. MATERIALI E METODI

4.1 Disegno di studio

Per rispondere all'obiettivo dello studio è stata effettuata una revisione integrativa della letteratura. Per revisione si intende una sintesi critica di lavori approvati e pubblicati che in ambito sanitario ricopre una funzione fondamentale, con l'obiettivo di aggiornare su un determinato argomento.

4.2 Strategia di ricerca

La ricerca è stata effettuata utilizzando la banca dati Pubmed. Sono state utilizzate delle "keywords" ("assisted suicide and nursing and questionnaire", "assisted suicide and nursing and knowledge and questionnaire", "assisted suicide and nursing and attitude", "assisted suicide and nursing role", "assisted suicide and nurses and end of life", "assisted suicide and nurses and communication") associate all'operatore booleano AND.

Nella fase di ricerca sono stati posti i limiti: "lingua italiana", "lingua inglese" e "lingua francese"; sono stati ricercati solo gli articoli in full text; non sono stati posti limiti temporali di pubblicazione per il reperimento degli articoli.

4.3 Criteri di inclusione ed esclusione

Sono stati inclusi nella revisione tutti gli studi che si prefiggevano di indagare, come obiettivo primario, le percezioni, conoscenze e atteggiamenti degli infermieri riguardo il suicidio assistito; i dilemmi etici derivanti dalle richieste di suicidio assistito; il coinvolgimento del personale infermieristico in tale pratica. Sono stati esclusi gli studi con un campione che non includeva la professione infermieristica; studi con obiettivi non pertinenti.

5. RISULTATI

La ricerca ha permesso di individuare 418 articoli di questi ne sono stati presi in considerazione 21. Dopo un'attenta lettura undici sono stati esclusi poiché non rispondevano alle domande guida della revisione. La revisione quindi si basa su 10 articoli integrali (full text), di cui 2 studi osservazionali, 4 studi trasversali, 1 metanalisi qualitativa, 1 revisione della letteratura e 2 studi con metodologia non nota.

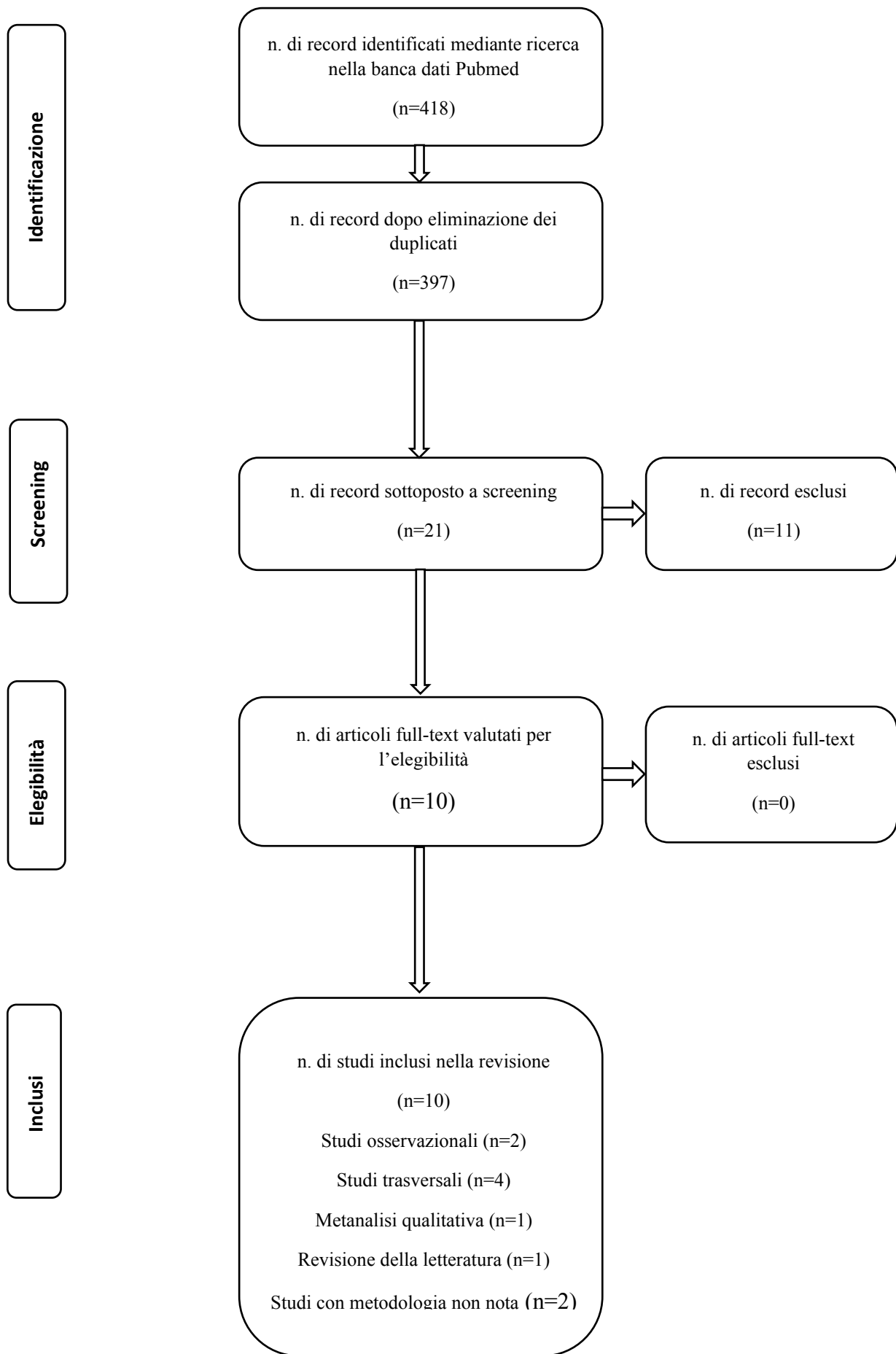


Figura 1: la flow chart (prisma statement) del processo di ricerca

La tabella 1 riassume i principali risultati degli studi: “Autori/anno di pubblicazione”, “obiettivo”, “disegno di studio”, “campione/setting di studio”, “risultati principali”.

Gli studi sono stati condotti in Olanda (Van Bruchen-Van de Scheur et al. 2007); in Andalusia (Maria Isabel Tamayo Velaquez et al. 2012); in Nuova Zelanda (Wilson et al. 2018); Stati Uniti (Asch et al. 1996); in Belgio (Inghelbrecht et al. 2010; Denier et al. 2010); in America (Stoked et al. 2017). Gli strumenti di raccolta dati perlopiù utilizzati sono stati questionari e interviste.

Rispetto all’analisi degli articoli si può osservare come la professione infermieristica sia poco investigata nell’ambito della tematica suicidio assistito. Per di più si nota come il suicidio assistito sia ancora un tabù, infatti dai risultati degli articoli analizzati molti infermieri non vengono coinvolti in questo processo e non sanno come affrontarlo (Van Bruchen-van de Scheur et. al. 2007).

Nonostante ciò il ruolo degli infermieri nell’accompagnamento alla morte assistita è fondamentale. Pazienti e famiglie chiedono spesso agli infermieri informazioni circa la morte assistita e in varie occasioni ricevono richieste di partecipazione a tale pratica (Van Bruchen-Van de Scheur et al. 2007; Asch et al. 1996; Stoked et al. 2017). Senza un’adeguata formazione e comprensione delle implicazioni etiche e legali del suicidio assistito, gli infermieri non hanno gli strumenti necessari per far fronte a queste situazioni. Inoltre, al giorno d’oggi, si fa ancora confusione tra i termini eutanasia e suicidio assistito: queste comprensioni ostacolano l’integrità della pratica clinica (Van Bruchen-van de Scheur et. al. 2007).

Molti infermieri avrebbero voluto prendere parte a tale pratica ma non l’hanno fatto per paura di essere scoperti, viste le conseguenze legali legate a tale pratica, per paura che queste azioni li avrebbero allontanati dal posto di lavoro, o infine temendo di non aver compreso bene le volontà del paziente (Asch et al. 1996; Tamayo-Velaquez et al. 2012). La disponibilità a partecipare dipende sia dalla formazione di specifici supporti pratici come linee guida e tutoraggio legale e sia da aspetti etici (Wilson et al. 2018).

È apparso dall’analisi degli articoli come le caratteristiche culturali dell’infermiere influenzino l’assistenza prevista per coloro che richiedono la morte assistita. In paesi in cui il suicidio assistito non è legalizzato, alcuni infermieri decidono di partecipare a questa pratica nonostante potrebbero incorrere in possibili ripercussioni legali e professionali; al contrario altri invece decidono di non partecipare anche se questa pratica è legale nel loro paese (Inghelbrecht et al. 2010). In entrambi i

casi gli infermieri devono capire i propri diritti, quelli dei loro pazienti e le implicazioni legali ed etiche della loro decisione.

Al di là delle possibili differenze culturali, ovunque c'è un coinvolgimento emozionale degli infermieri nei confronti dei pazienti che esprimono il desiderio di voler morire (Monteverde, 2017).

Parallelamente, c'è una scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella definizione di politiche che supportino l'autonomia dei pazienti per prendere decisioni e affrontare allo stesso modo le molteplici fonti di vulnerabilità (Monteverde, 2017).

Il dialogo tra professionisti sanitari e pazienti gioca un ruolo fondamentale in questa pratica: in alcuni casi i malati terminali hanno respinto il suicidio assistito dopo aver instaurato delle relazioni basate sul dialogo e sulla fiducia con gli infermieri. La comunicazione tra infermiere e paziente gioca un ruolo fondamentale: consiste nel dialogare, fornire informazioni, consigliare, mediare, creando un clima equilibrato ed evitando commozione, panico, ansia. È uno strumento chiave per gli infermieri, nella gestione dei pazienti che hanno bisogno di assistenza nel morire (Denier et al. 2010). Il processo comunicativo è complesso e difficile perché è intensificato dal peso morale e psicologico del tema e dal suo impatto, nonché dal periodo relativamente breve in cui si svolge il tutto (Denier et al. 2010, Elmore et al. 2018, Monteverde, 2017). È necessario quindi una buona istruzione infermieristica, linee guida professionali e un contesto ospedaliero (Elmore et al. 2018). La cosa più importante nella comunicazione è l'ascolto attivo: ascoltare attentamente, percepire segnali, dare l'opportunità ai pazienti di parlare. Un altro elemento importante è fornire informazioni sulla sua situazione, evitando di nascondere loro qualcosa. È emerso che gli infermieri fungono da portavoce del paziente. Infatti, centrale è il ruolo di "advocacy" che supporta il paziente tramite l'ascolto dei bisogni e delle preoccupazioni. Questo ruolo viene visto come una presa di posizione di fronte alle richieste, da parte dei pazienti, nell'accompagnamento nel fine vita. È importante che l'infermiere abbia caratteristiche quali l'apertura mentale, l'affidabilità, la pazienza e deve creare un clima di serenità (Denier et al. 2010).

Gli infermieri sono come degli agenti morali nella cura di pazienti che richiedono la morte assistita (Elmore et al. 2018). Essi prendono molto sul serio le richieste di suicidio assistito mostrando spesso un atteggiamento responsabile sia a livello professionale che personale, ed assicurandosi che i pazienti ricevano tutte le cure ottimali nel fine vita. Alcuni infermieri esprimono che è loro responsabilità fornire le cure ottimali per assicurare che i pazienti che hanno richiesto il suicidio assistito, cambino idea. Per alcuni infermieri il rapporto con i pazienti si basa sul verificare l'autenticità della loro richiesta e di analizzarla con attenzione, con l'obiettivo di trovare soluzioni

palliative, altri ancora invece ascoltano con pazienza, rispetto e senza giudicare, agendo con molta serietà. Oltre a questo rapporto speciale con i pazienti, gli infermieri si sentono responsabili anche del rapporto con la famiglia. Molti di essi esprimono particolare interesse nel supporto della famiglia sia durante che dopo la morte assistita. Sono descritti come “collegamento vitale” tra paziente, medico e famiglia; difensori e mediatori (Elmore et al. 2018).

La capacità degli infermieri di occuparsi dei pazienti che richiedono la morte assistita è dovuta all’ambiente in cui lavorano. Il contesto oltre alle responsabilità sopra descritte, include il lungo contatto con i pazienti, la qualità del rapporto tra infermieri e medici, la frequenza con cui gli infermieri devono rispondere alle richieste e la condizione legale della morte assistita (Elmore et al. 2018). Molti ospedali non dispongono di linee guida che regolano la gestione dei casi (Van Bruchen-Van de Scheur et al. 2007), il tempo a disposizione per interagire con i pazienti è limitato (Elmore et al. 2018), il rapporto medico-infermiere è quasi nullo (Elmore et al. 2018, Van Bruchen-Van de Scheur et al. 2007; Inghelbrecht et al. 2010) e in generale le conoscenze degli infermieri riguardo il suicidio assistito andrebbero migliorate (Tamayo-Velaquez et al. 2012, Monteverde, 2017).

Il tempo disponibile per interagire con pazienti e famiglie nel contesto di richieste di morte assistita, ha un’influenza significativa sulla qualità delle cure. La mancanza di tempo è una “mancanza di essere”, un’assenza di supporto per il paziente che provoca nell’infermiere una sensazione di disagio (Elmore et al. 2018, Monteverde, 2017, Denier et al. 2010).

Inoltre, gli infermieri provano una sensazione di ansia e inadeguatezza nel ricevere richieste di suicidio assistito perché sentono di essere impreparati a rispondere a tali richieste (Elmore et al. 2018).

L’ultimo elemento che condiziona l’esperienza degli infermieri è lo status legale della morte assistita. In un contesto in cui la morte assistita è illegale, gli infermieri sottolineano la sofferenza che provano nel ricevere richieste ambigue o di nascosto. In alcuni casi si sentono stressati dall’approccio sdegnoso di alcune professioni mediche nei confronti di certe richieste. A causa della scarsa apertura mentale in un ambiente in cui la morte assistita è illegale, alcuni infermieri si sentono intrappolati nella difficile posizione tra medico/ospedale e paziente/famiglia. L’impossibilità di aiutare i pazienti a realizzare il desiderio di fine vita fa sentire gli infermieri impotenti (Elmore et al. 2018, Asch et al. 1996; Tamayo-Velaquez et al. 2012).

L'attuazione del suicidio assistito potrebbe provocare nei professionisti sanitari problemi psicologici e morali, quindi nasce l'esigenza di una possibile obiezione di coscienza (Wilson et al. 2018, Elmore et al. 2018, Stoked et al. 2017). Un'obiezione di coscienza deve basarsi su una convinzione profondamente radicata secondo la quale la morte assistita sia un errore. È chiaro che il rifiuto basato sulla coscienza non si basa su un pregiudizio personale dell'infermiere e quest'ultimo deve astenersi dal fare commenti o agire in maniera pregiudicante e ingiustificata. In tali circostanze, l'infermiere deve limitarsi a fornire al paziente informazioni sulle cure di fine vita e a organizzare una consulenza per la cura palliativa. Di conseguenza, un rifiuto basato sulla coscienza soddisfa ancora l'obbligo di garantire la sicurezza del paziente ed evita il suo abbandono. La cessazione del rapporto deve essere appropriata, deve rispettare la legge statale, e la rinuncia a prestare cure a un paziente può avvenire solo quando un medico alternativo è disponibile. Se un infermiere decide di rimanere coinvolto nella relazione col paziente, può consigliarli un medico appropriato, ma deve anche discutere ed esplorare tutte le opzioni del paziente per quanto riguarda la sua decisione di porre fine alla propria vita. Gli infermieri professionisti devono essere istruiti per garantire che i pazienti siano pienamente informati di tutte le opzioni disponibili e siano consapevoli delle implicazioni di tutte le loro potenziali decisioni (Stoked et al. 2017).

In un sondaggio di medici in Belgio, solo la metà di coloro che avevano avuto casi di suicidio assistito ha riferito di aver coinvolto gli infermieri nella loro decisione. I medici hanno riferito di aver discusso la decisione con gli infermieri nel 54 % dei casi di eutanasia o suicidio assistito. Il coinvolgimento degli infermieri è stato limitato principalmente a informarli sulla condizione del paziente o sui desideri dei parenti. Sembra che i medici che hanno consultato gli infermieri abbiano riconosciuto il loro valore come fornitori di informazioni, riconoscendo la loro funzione di intermediari tra il medico e il paziente o i parenti, ma che il processo decisionale condiviso tra medico e infermiere sia meno comune (Inghelbrecht et al. 2010).

I tre motivi più comunemente citati per la mancanza di consultazione sono (Van Bruchen-Van De Scheur et al. 2007):

- era ciò che voleva il paziente;
- la richiesta del paziente era così ovvia che non era necessaria una consultazione;
- i medici hanno considerato tale pratica come una questione tra sé stessi e paziente

Dall'analisi sono emerse le implicazioni etiche riguardo al suicidio assistito: sostanzialmente ci sono le opinioni pro e quelle contro. Coloro che supportano il suicidio assistito accettano il principio di autonomia del paziente (Wilson et al. 2018), in quanto i pazienti con gravi sofferenze

hanno diritto di chiedere di accelerare o porre fine alla propria vita (Tamayo-Velaquez et al. 2012). Coloro che si oppongono invece vedono la sofferenza come valore spirituale e ritengono che la pratica del suicidio assistito vada contro gli ideali della figura infermieristica (Wilson et al. 2018). Molti infermieri affermano che la richiesta di suicidio assistito sia la conseguenza di un controllo inefficace del dolore e un insufficiente presa in carico dal punto di vista psicologico, sociale e spirituale; pertanto, una volta garantite le cure palliative adeguate, il paziente non avrebbe espletato la richiesta di suicidio assistito (Tamayo-Velaquez et al. 2012).

Nei paesi in cui la pratica della morte assistita non è legalizzata, emergono spesso le preoccupazioni riguardo alle possibili conseguenze sociali. Alcuni temono infatti che, in caso di attuazione del suicidio assistito, la pratica potrebbe estendersi da pazienti con malattie inguaribili ma capaci di intendere e di volere, a gruppi vulnerabili di persone incapaci di scegliere o rifiutare l'aiuto alla morte. Ad esempio, ci possono essere dei pazienti che si sentono costretti a chiedere la morte assistita in quanto nessuno può prendersi cura di loro. Gli oppositori sostengono che la legalizzazione del suicidio assistito ostacolerà l'erogazione di cure palliative complete. I sostenitori invece riconoscono che è possibile l'abuso, ma ricordano che i medici stanno già aiutando i pazienti a morire e continueranno a farlo, illegalmente e segretamente (Inghelbrecht et al. 2010).

Per quanto riguarda l'influenza della religione sulla pratica del suicidio assistito non ci sono dei veri e propri risultati. Le dottrine religiose parlano di "sanità" della vita: solo Dio è padrone del nostro destino e quindi infermieri legati a tale dottrina, sono lontani dalla pratica del suicidio assistito. In generale i non credenti sono più favorevoli rispetto ai credenti. Ma anche tra i credenti la maggioranza è favorevole in quanto influiscono di più l'esperienza professionale e le questioni etiche (Gielen et al. 2009).

Tabella 1. Caratteristiche degli studi inclusi

Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
1. Van Bruchen-Van de Scheur, Van der Arenol, Van Wijmen, Huijjer Abu-Sad, Ter Meulen(2007)	Approfondire il ruolo, le percezioni, le responsabilità e i problemi del personale infermieristico nel campo dell'eutanasia e suicidio assistito. Necessità di includere esponenti del personale infermieristico all'interno di comitati di analisi dei casi di eutanasia.	Osservazionale (approccio qualitativo: interviste, questionari)	692 infermieri 73 ospedali	Nella maggior parte dei casi i pazienti hanno espresso le loro volontà di eutanasia e suicidio assistito al personale infermieristico. Nel 67% dei casi medici e infermieri si sono consultati per prendere una decisione. Questo dato è forse influenzato dall'organizzazione interna delle strutture sanitarie. Secondo la maggior parte degli intervistati, l'ospedale non dispone di linee guida che regolino la gestione dei casi.
2. Maria-Isabel Tamayo-Velazquez, Pablo Simon-Lorda, Maite Cruz-Piqueras (2012)	Valutare le conoscenze, gli atteggiamenti e le esperienze degli infermieri andalusi in relazione al suicidio assistito ed eutanasia.	descrittivo trasversale	Sistema sanitario andaluso; infermieri facenti parte di associazioni.	Il questionario conteneva domande riguardanti le informazioni socio-anagrafiche come età, sesso, professione, provincia, campo e livello di assistenza oltre alle conoscenze, attitudini ed esperienze relative al suicidio assistito ed eutanasia. La maggior parte degli intervistati è consapevole dell'illegalità di tali pratiche ma nonostante ciò afferma che siano state praticate illegalmente negli ultimi 5 anni a seguito di richieste dei pazienti. Per entrambe le pratiche, quasi la metà degli intervistati ha dichiarato che l'avrebbe eseguito se fosse stato legale. I pazienti con gravi sofferenze hanno il diritto di chiedere agli operatori sanitari di accelerare o porre fine alla loro vita. In generale le conoscenze degli infermieri andalusi riguardo PAS ed eutanasia andrebbero migliorati.
3. Michael Wilson, Pan Oliver, Philipa Malpas(2018)	Valutare le opinioni degli infermieri sulla morte assistita in Nuova Zelanda, la disponibilità di impegnarsi in tale pratica e la percezione del loro ruolo.	osservazionale, trasversale	infermieri e medici, Nuova Zelanda	Gli infermieri hanno sostenuto la legalizzazione della morte assistita con un tasso maggiore(67%)rispetto ai medici(37%). La loro disponibilità a partecipare dipende sia dalla formazione di specifici supporti pratici come linee guida, formazioni e tutoraggio legale e sia da aspetti etici. Qui troviamo coloro che supportano e accettano l'autonomia decisionale del paziente e quelli che vedono la sofferenza come valore spirituale. Questa pratica potrebbe provocare nei professionisti sanitari problemi psicologici e morali quindi nasce l'esigenza di una possibile obiezione di coscienza.

Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
4. David A. Asch, M.D., M.B.A.(1996)	Descrivere le richieste di eutanasia e suicidio assistito di pazienti o familiari e l'atteggiamento degli infermieri nei confronti di tali richieste, comprese le eventuali pratiche cliniche.	osservazionale, trasversale	1600 infermieri, reparto di terapia intensiva, Stati Uniti	Il tasso di risposta è stato del 71%. La maggior parte dei partecipanti ha dichiarato di aver ricevuto richiesta da parte del paziente o familiare. Il 16% ha dichiarato di aver effettuato queste pratiche e il 4% ha invece accelerato il processo di morte fingendo di fornire un trattamento per il mantenimento della vita prescritto dal medico o accettato le richieste del paziente senza consultare il medico. Il 2% ha dichiarato di aver ricevuto queste richieste da un paziente a domicilio. Molte sono state invece le infermiere che hanno dichiarato di avere ricevuto le richieste ma di non aver effettuato queste pratiche nonostante volessero farle. Le motivazioni principali erano la paura di essere scoperti, l'illegalità della pratica e la paura di non aver compreso bene le volontà del paziente e che queste azioni l'avrebbero allontanate dal posto di lavoro.
Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
5. Els Inghelbrecht, Johan Bilsen, Freddy Mortie, Luc Deliens(2010)	Studiare il coinvolgimento degli infermieri nel processo decisionale e nella preparazione e somministrazione di farmaci per la vita ,con o senza esplicita richiesta del paziente.	osservazionale, trasversale	1678 infermieri, Fiandre	Il tasso di risposta è stato del 76%. Le infermiere sono state coinvolte nel processo decisionale del medico. Questo riguardava uno scambio di informazioni relative alle condizioni e ai desideri del paziente. Erano le infermiere che somministravano farmaci letali al paziente su prescrizione medica ma in assenza del medico e circa il 45% dei casi di morte assistita avvenivano senza esplicita richiesta del paziente.
Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
6. Joris Gielen, Stef van de Braden, Bert Broeckaert (2009)	Stabilire l'influenza della religione e della visione del mondo nei confronti dell'eutanasia e suicidio assistito.	revisione della letteratura	no	Non c'è unanimità negli articoli consultati sull'influenza della religione sulla pratica dell'eutanasia e suicidio assistito. In generale i non credenti sono più favorevoli a queste pratiche rispetto ai credenti. Ma anche tra i credenti la maggioranza è favorevole in quanto influiscono di più l'esperienza professionale e le questioni etiche. Differenze tra di gruppi di credenti: tra i cristiani, i cattolici sono meno aperti dei protestanti e invece gli ebrei sono più aperti dei cristiani. Le infermiere che hanno preso parte a queste pratiche danno meno importanza alla religione. Per quanto riguarda le dottrine religiose, si parla di "sanità" della vita: solo Dio è padrone del nostro destino e quindi infermieri legati a queste dottrine, sono lontani dall'eutanasia e suicidio assistito.

Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
7. James Elmore, David Kenneth Wright, Maude Paris (2018)	Valutare le esperienze degli infermieri nel prendersi cura di pazienti che richiedono la morte assistita ed evidenziarne l'aspetto morale.	meta-analisi qualitativa	no	Gli infermieri prendono molto sul serio le richieste di morte assistita mostrando spesso un atteggiamento responsabile sia a livello personale che professionale, ed assicurandosi che i pazienti ricevano tutte le cure ottimali nel fine vita. Molti infermieri esprimono interesse nel supporto della famiglia durante e dopo la morte assistita. Inoltre il tempo disponibile per i pazienti è ritenuto molto importante così come l'esperienza che un infermiere possiede. La fede religiosa è la fonte principale di opposizione. E' necessario lavorare in squadra come supporto sia pratico che morale, in quanto l'esperienza della morte assistita risultata destabilizzante per molti operatori. Spesso i conflitti con i medici possono condizionare l'esperienza infermieristica.
Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
8. Settimio Monteverde(2017)	Lo scopo di questo articolo è quello di proporre una breve sintesi dal punto di vista dell'etica infermieristica alla luce dei cambiamenti attuali a livello globale.	metodologia non nota	professionisti sanitari in particolare personale infermieristico	La legge svizzera permette il suicidio assistito ma mancano standard che definiscono il ruolo dell'infermiere. Si riscontra ovunque un coinvolgimento emozionale degli infermieri nei confronti di pazienti che esprimono il desiderio di voler morire. Parallelamente c'è una scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella definizione di politiche che supportino l'autonomia dei paziente di prendere decisioni e affrontare le molteplici fonti di vulnerabilità.
Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
9. Felicia Stoked, JD, RN (2017)	Lo scopo di questo articolo è quello di espolare il ruolo degli infermieri all'interno del suicidio assistito e identificare i relativi dilemmi etici e legali.	metodologia non nota	personale infermieristico in America, nurse practitioner (infermiere con competenze specialistiche in diagnosi, valutazione psicosociale, gestione del paziente e autorizzazione a prescrivere farmaci.)	Negli ultimi 20 anni l'1%-18% degli infermieri hanno fornito o prescritto farmaci a un paziente essendo consapevoli che egli era intenzionato a farne uso o ad accelerare la propria morte, oppure hanno intenzionalmente somministrato farmaci al paziente per accelerarne la morte. Tra il 17% e il 40% degli infermieri in terapia intensiva e in ospizi, hanno ricevuto richieste da pazienti affinché ne accelerassero la morte. Quasi 7 su 10 americani sono a favore della morte assistita.
Autori (anno di pubblicazione)	Obiettivo (i)	Disegno di studio	Campione. Setting di studio	Risultati principali
10. Yvonne Denier, Chris Gastmons, Nele De Bal and Bernadette Dierckx de Casterlè(2010)	Descrivere l'importanza della comunicazione durante il processo di assistenza alla morte con malati terminali, dal punto di vista del personale infermieristico.	interviste qualitative semi-strutturate	personale infermieristico di nove ospedali del Belgio, 13 donne e 5 uomini tra i 26 e i 54 anni, lavoravano tutti in UO diverse.	La cosa più importante nella comunicazione è l'ascolto attivo: ascoltare attentamente, percepire segnali, dare l'opportunità ai pazienti di parlare. Un altro elemento fondamentale è fornire informazioni sulla situazione, evitando di nascondergli qualcosa. E' importante che l'infermiere abbia caratteristiche quali l'apertura mentale, l'affidabilità, la pazienza e dovrebbe creare un clima di serenità. La comunicazione tra paziente e infermiere consiste nel dialogare, fornire informazioni, consigliare, mediare, creando un clima equilibrato ed evitando commozione, panico e ansia.

6. DISCUSSIONI

Dall'analisi degli articoli scelti si osserva quanto poco sia realmente investigato il ruolo dell'infermiere nel caso in cui un paziente, in un contesto ospedaliero, faccia richiesta di suicidio assistito.

È stato osservato che la prima persona cui il paziente fa riferimento per avere informazioni sul suicidio assistito è l'infermiere e che il suo ruolo resta di fondamentale importanza quando è il medico a dover spiegare questa pratica. Sarebbe per il medico quasi impossibile affrontare questo tema senza l'appoggio dell'infermiere (Van Bruchen-Van De Scheur et al. 2007).

Nei paesi in cui sono stati fatti questi studi può succedere che, anche se illegale, sia l'infermiere a somministrare la dose letale al posto del medico. Gli infermieri lavorano oltre i margini legali della loro professione ((Inghelbrecht et al. 2010), per questo sarebbe importante definirne il ruolo per evitare incomprensioni pratiche, etiche e giuridiche (Van Bruchen-Van De Scheur et al. 2007).

L'articolo di Van Bruchen-Van De Scheur et al. (2007) esplicita quale dovrebbe essere il ruolo dell'infermiere nell'eutanasia e nel suicidio assistito analizzando tre questioni: la necessità di includere esponenti del personale infermieristico in comitati di analisi dei casi di eutanasia e suicidio assistito; l'opportunità legale di consultare l'infermiere nella decisione in merito al suicidio assistito e infine se la preparazione e lo svolgimento di eutanasia/suicidio assistito devono rientrare nelle competenze infermieristiche.

Gli organismi infermieristici dovrebbero impegnarsi di più nello sviluppo di sistemi di informazione e pratiche cliniche che consentano agli infermieri di comprendere quella che è la politica della morte assistita. Dovrebbero impegnarsi nella formulazione di una legislazione che dia protezione per i professionisti che intendono partecipare (Wilson et al. 2018).

Le persone stanno diventando sempre più consapevoli della loro mortalità e l'autonomia personale che circonda tale tema continuerà ad essere un problema. La comunità infermieristica deve continuare ad avere un dialogo aperto sui dilemmi etici che emergono nell'assistenza ai pazienti. Il suicidio assistito deve essere continuamente esaminato per determinare l'efficacia, la sicurezza e il rischio (Stokes et al. 2017).

Un'ulteriore considerazione che può spiegare il limitato coinvolgimento degli infermieri all'interno della pratica del suicidio assistito è la scarsa considerazione del proprio ruolo all'interno del team.

La collaborazione tra medici e infermieri risulta molto scarsa (Van Bruchen-Van De Scheur et al. 2007; Asch et al. 1996; Monteverde, 2017). Questo vede gli infermieri impegnarsi da soli a

difendere i valori e l'autonomia di pazienti in situazioni difficili. Gli operatori sanitari dovrebbero esaminare le loro pratiche più apertamente e in maniera collaborativa al fine di ridurre il disaccordo (Asch et al. 1996).

Il ruolo di advocacy che invece è attribuito all'infermiere nell'accompagnamento al suicidio assistito è quello di comunicatore. Infatti, è tramite la comunicazione, che l'infermiere assume il ruolo di "avvocato" supportando, tramite l'ascolto, interloquendo e fungendo da portavoce del paziente. Questo ruolo è visto come una presa di posizione di fronte alla richiesta di intraprendere il processo che porta al fine vita. È stato osservato che sono le diverse forme di comunicazione e le diverse attitudini dell'infermiere in questo ruolo che permettono una presa in carico di qualità e che favoriscono il processo di assistenza adeguato alle richieste del paziente (Denier et al. 2010).

6.1 Limiti della revisione

I limiti riscontrati nella ricerca sono legati al fatto che la pratica infermieristica correlata al suicidio assistito è ancora poco indagata, di conseguenza il materiale su cui basare la ricerca è limitato. Spesso non è possibile reperire articoli primari completi di una metodologia valida e non sono specificati fattori quali età, sesso, provenienza professionale, vissuti o esperienze professionali che potrebbero influire notevolmente. Si è anche osservato che alcune risposte sembravano orientate in un dato modo a causa della legge vigente in quel paese o che fossero influenzati dal fatto che il suicidio assistito fosse ancora illegale negli anni in cui è stato condotto lo studio. Un altro limite evidenziato è che spesso il termine "suicidio assistito" ed "eutanasia" vengono inseriti come fossero sinonimi, oppure alcuni articoli comprendono entrambi gli argomenti. Inoltre, non è stato semplice reperire materiale che trattasse il vissuto dell'infermiere correlato al suicidio assistito perché molti articoli si basano sul ruolo medico.

7. CONCLUSIONI

Al termine del mio lavoro di tesi posso affermare che ho raggiunto gli obiettivi che mi ero prefissata. Ho ricercato ed esaminato quali potrebbero essere le difficoltà e limiti per un infermiere nell'accompagnamento al suicidio assistito, riconoscendo le diverse implicazioni etiche.

Oltre alla revisione della letteratura è stato proposto un quadro teorico che ha introdotto e approfondito il tema, proponendo una panoramica del suicidio assistito che cercasse di mostrare l'attualità, il quadro legislativo in vari paesi lasciando spazio anche al dibattito etico che circonda questo tema. Un dibattito legato sicuramente alla dimensione deontologica, alla religione e all'"eticità" di porre fine alla vita.

Come curanti si ha la tendenza a voler salvare, guarire a ogni costo, oltre ogni mezzo e misura , ma forse ciò che occorre ogni tanto è fermarsi, valutare il caso, la situazione, la richiesta che ci viene posta e magari anche mettere da parte per un momento il nostro vissuto , senza giudicare, ascoltando ciò che ci viene richiesto e comunicando in modo adeguato con il paziente affinché possa crearsi una relazione di fiducia e una presa in carico di qualità.

Grazie alla comunicazione, l'infermiere si vede come l'“avvocato” in veste di interlocutore privilegiato e portavoce dei bisogni e delle preoccupazioni del paziente assumendosi il ruolo di “promotore della salute e del benessere” per mezzo della competenza denominata dell'advocacy.

Non esiste solo un fattore che influenza il ruolo dell'infermiere nel caso in cui un paziente faccia richiesta di suicidio assistito, ma i fattori socioculturali, religiosi, etici e legislativi, oltre che alle competenze comunicative, hanno una rilevanza significativa nella concezione personale che un infermiere ha sul suicidio assistito, sul suo ruolo nell'accompagnamento nel fine vita, come pure della valenza etica di compiere questo gesto.

Tutte queste informazioni possono soltanto valorizzare i diversi ruoli che l'infermiere deve adempiere nella pratica professionale.

Nel ruolo di comunicatore, interlocutore e portavoce l'infermiere si trova appunto come “avvocato” del paziente, l'intermediario tra una richiesta che non è sempre facile da gestire e un paziente che ha bisogno di sostegno, informazione e cure di qualità.

Nel ruolo professionale invece dovrà poter disporre delle informazioni e della formazione necessaria per crearsi una propria idea in merito al suicidio assistito e al modo di agire più giusto nel caso in cui un paziente ponga questo tipo di richiesta.

7.1 Implicazioni per la pratica clinico-assistenziale

Il suicidio assistito, al giorno d'oggi, è al centro di molti dibattiti riguardanti il fine vita.

La revisione ha permesso di sintetizzare le attuali evidenze sulle conoscenze, attitudini e percezioni degli infermieri sul suicidio assistito. Sono emersi pareri concordanti e discordanti.

Quindi, devono essere chiariti molti aspetti legali ed etici di questa pratica e definito il ruolo dell'infermiere per assicurare che i professionisti siano in grado di dare il loro contributo nel rispetto delle norme.

Inoltre, deve essere migliorata la collaborazione tra medici e infermieri per permettere una presa in carico di qualità e una buona trasmissione di informazioni.

7.2 Implicazioni per le future ricerche

Al fine di comprendere maggiormente il fenomeno, sarebbe importante proseguire con la ricerca in questo ambito. La raccolta dati potrebbe essere favorita mediante delle indagini e raccogliendo le esperienze e i vissuti degli infermieri, di conseguenza i risultati potrebbero evidenziare aspetti non ancora rilevati come ad esempio l'approccio di ciascuna religione nei confronti del suicidio assistito mettendo in evidenza le principali differenze.

Quello che in futuro potrebbe essere incrementato sono le formazioni, le linee guida, i gruppi specializzati nei casi di accompagnamento alla morte al fine di abbattere le barriere legate a questa pratica e per dare i mezzi, a coloro che si trovano in prima linea davanti a queste richieste, di risponderne in maniera adeguata.

8. BIBLIOGRAFIA

- A.Asch D., M.D., M.B.A. (1996) The role of critical care nurses in euthanasia and assisted suicide. *The new England journal of medicine*, 334,1374-79.
- Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., De Casterlé, B.D. (2010). Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*. 19(23-24),3372-3380.
- Elmore, J., Wright, D.K., Paradis, M. (2016). Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research. *Nursing Ethics*. 25(8), 955-972.
- Gielen, Van den Branden, Broeckeaert (2009). Religion and nurse's attitudes to euthanasia and physician assisted suicide. *Nursing Ethics*. 16(3), 303-18.
- Inghelbrecht, E., Bilsen, J, Mortier, F., Deliens, L. (2010). The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium. *CMAJ*. 182(9),905-10.
- Monteverde S. (2017). Nursing and assisted dying: understanding the sounds of silence. *Nursing Ethics*. 24(1), 3-8.
- Stokes F., J.D., R.N. (2017). The emerging role of nurse practitioners in physician-assisted death. *JNP*. 13(2),150-155.
- Tamayo-Velazquez M.I., Simon-Lord P., Cruz-Piqueras M. (2012). Euthanasia and Physician-Assisted Suicide: knowledge, attitudes and experience of nurses in Andalusia(Spain). *Nursing Ethics*. 19(5), 677-91.
- Van Bruchen-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Van Wijmen, F. Abu-Saad, H.H., Ter Meulen, R. (2008). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*. 17(12),1618-26.
- Wilson M., Oliver P., Malpas P. (2018). Nurse's view on legalising assisted dying in New Zealand: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing*. 89,116-124.
- Istituto oncologico della Svizzera Italiana. (2016). Suicidio assistito e Cure Palliative IOSI – EOC. Bellinzona: Eoc.
- Mori, M. (2012). *Introduzione alla bioetica. 12 temi per capire e discutere*. Torino: *Espress Edizioni srl*.
- Cattorini Paolo M. (2011) *Bioetica, Metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici*. (4 ed.). Milano:Elsevier.
- Bianchi, G. (2017). *Accompagnare lungo il percorso di malattia*. Manno: SUPSI.

- Borasio, G. D., (2015). Saper morire. Cosa possiamo fare, come possiamo prepararci. Torino: Bollati Boringhieri editore.
- De Hennezel, M. (2000). La morte amica. Lezioni di vita di chi sta per morire (quarta edizione). Milano: Superbur Saggi.
- Jameton, A. (1984). Nursing Practice:The Ethical Issues. Englewood Cliffs(NJ):Prentice-Hall.
- Nathaniel A (2002) Moral distress among nurses. The American Nurses Association Ethics and Human Rights Issues Updates 1(3).
- Gatto,C. (2016). L’occhio dell’infermiere e la comunicazione con il paziente. Disponibile su:
<https://www.nurse24.it/infermiere/infermiere-comunicazione-paziente.html>
- Codice Deontologico, 2019. Disponibile su:
https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2688/codice%20deontologico_2019.pdf
- Commissione nazionale d’etica per la medicina. (2011). Direttive del paziente. Considerazioni etiche sul nuovo diritto di protezione degli adulti con particolare attenzione alla demenza. Disponibile su:
https://www.nek-cne.admin.ch/inhalte/Themen/Stellungnahmen/it/NEK-CNE_Direttive_del_paziente.pdf
- Consiglio internazionale degli infermieri. (2012). Il codice deontologico degli infermieri del consiglio internazionale degli infermieri (ICN). Disponibile su:
https://www.fnopi.it/archivio_news/pagine/181/codice%20deontologico%20ICN%202012.pdf
- Confederazione Svizzera. Codice penale svizzero,1937. Disponibile su:
<https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19370083/index.html#a115>
- Oregon Death with Dignity Act,1997. Disponibile su :
<https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/requirements.pdf>
- La legge olandese sull’eutanasia e suicidio assistito n.137 del 10 Aprile 2001. Disponibile su:
http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Index/136/136_la_legge_olandese.htm#:~:text=294%20sar%C3%A0%20letto%3A-.Art.,categoria%2C%20dove%20il%20suicidio%20risulta.

- Testo della legge belga sull'eutanasia n. 144, 2002. Disponibile su: http://www.fondazionepromozionesociale.it/PA_Index/144/144_testo_della_legge_belga.htm
- Corte costituzionale tedesca, Sezione II, sentenza 26 febbraio 2020. Disponibile su: <https://www.sistemapenale.it/it/scheda/corte-costituzionale-tedesca-illegittimo-divieto-aiuto-suicidio#:~:text=1.,%E2%80%9Cagevolazione%20commerciale%20del%20suicidio%E2%80%9D.>
- Decisioni di fine vita ed ausilio al suicidio, 2019. La legge del 16 marzo 2009 sull'eutanasia e il suicidio assistito. Disponibile su : https://www.cortecostituzionale.it/documenti/convegni_seminari/Comp_259_AGG_fine%20vita.pdf
- Articolo 143 del Codice penale spagnolo, 1995. Disponibile su: <https://unipd-centrodirittiumani.it/it/schede/Recenti-casi-in-materia-di-eutanasia-e-aiuto-al-suicidio/152#:~:text=%5B18%5D%20Art.,da%20quattro%20a%20otto%20anni.&text=Sar%C3%A0%20punito%20con%20la%20detenzione,il%20suicidio%20di%20una%20persona.>
- Canada. Legge C14 del 17 giugno 2016. Disponibile su: <https://www.ilpost.it/2016/06/20/canada-suicidio-assistito/>
- Codice penale italiano, art. 580. Disponibile su: <https://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-xii/capo-i/art580.html>
- Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Disponibile su: http://www.provincia.bz.it/salute-benessere/salute/downloads/Legge_Nr_219_2017.pdf

9. RINGRAZIAMENTI

A conclusione di questo percorso, è doveroso porre un sincero ringraziamento a tutti coloro che mi hanno accompagnato e supportato durante questi tre anni.

Un ringraziamento speciale alla mia relatrice Simonetti Valentina, per la sua immensa pazienza, per i suoi indispensabili consigli, per le conoscenze trasmesse durante la stesura dell'elaborato.

Ringrazio infinitamente i miei genitori perché sono sempre stati il mio punto di riferimento e il mio esempio di vita, per tutti i valori che mi hanno trasmesso in questi anni e per avermi sempre spinto a superare i miei limiti e le difficoltà che inevitabilmente si sono presentate lungo il percorso.

Grazie a mio fratello Tommaso per aver sempre creduto in me e per avermi incoraggiato nei momenti più bui, trovando sempre il modo per farmi sorridere; grazie per aver sopportato con pazienza i miei sbalzi d'umore. Senza di lui la mia vita non sarebbe la stessa.

Grazie ai nonni, a quelli che ci sono e a quelli che non ci sono più, perché grazie alla loro semplicità e al loro affetto ho imparato a cogliere e a saper apprezzare l'importanza delle piccole cose.

Ringrazio poi mia zia Lina, zio Raffaele e Arianna da cui ho sempre ricevuto un'infinità di affetto, esperienze e qualche sano "vizietto". Vi ammiro tanto.

Ringrazio il resto della famiglia per avermi supportata anche a distanza. Ognuno di voi ha ricoperto un ruolo fondamentale per quello che sono io adesso.

Ringrazio i miei amici nonché futuri colleghi Martina, Alessio e Pierluigi. Vi definirei "inconsapevoli insegnanti che mi hanno insegnato ad essere me stessa". Oltre ai dialetti vari e alle ricette, mi avete insegnato la bellezza della condivisione, l'importanza della collaborazione. Un po' di voi lo porterò sempre con me. Siete stati la scoperta più bella in questo mio percorso di vita.

Ringrazio Katia per l'autostima che riesce ad infondermi e per avermi sempre tenuto la mano in questo percorso. Un grazie particolare a tutta la sua famiglia per avermi accolta come una figlia. Non smetterò mai di amarvi.

Un grazie particolare va al mio gruppo di amici, la mia grande famiglia: Antonello, Alessandro, Leonardo, Daniele, Leonardo, Antonello, Simone, Nicolas, Domenico, Vincenzo, Mara, Alessia, Martina, Alessia, Nancy, Lea, Rossella e Silvia.

Vi ho "portati dietro" fin dall'inizio perché ritenevo che ne valesse la pena per la mia "sopravvivenza" lontano da casa. Rimarrà sempre dentro di me la consapevolezza di aver avuto la

fortuna rara di trovare degli amici veri. Vi ringrazio per essere stati al mio fianco sempre: senza di voi non sarei mai arrivata dove sono oggi.

Infine, dedico questo traguardo a me stessa, alla mia volontà e alla mia determinazione che hanno reso possibile la trasformazione di un sogno in realtà.