

Indice

Abstract	1
Introduzione.....	6
Definizioni	6
La situazione in Italia: La normativa	9
Background.....	9
Obiettivo Generale	12
Obiettivi specifici	12
Materiali e Metodi.....	12
Key Word.....	13
PICO.....	13
Il questionario:.....	13
Il campione.....	14
Risultati	15
Analisi dei risultati:.....	17
Discussione	29
Conclusione	30
Bibliografia	32
Sitografia	33
Allegati.....	34
Allegato 1.....	34

Abstract

Introduzione

L'eutanasia consiste in tutte quelle azioni deliberatamente compiute da professionisti della salute il cui obiettivo è quello di causare direttamente la morte su richiesta espressa, volontaria e ripetuta di un paziente capace che presenta intense sofferenze, fisiche e mentali, a seguito di una malattia irreversibile e che egli stesso vive come inaccettabile. Si distingue l'eutanasia attiva ossia il determinare la morte mediante il diretto intervento del medico, utilizzando farmaci letali; l'eutanasia passiva, invece, indica la morte accelerata dall'astensione dei professionisti dal compiere degli interventi sanitari che prolungano la vita stessa.

In molti Paesi Europei ed Extraeuropei le pratiche eutanasiche e/o di suicidio assistito sono legali, in Italia, invece, costituiscono un reato e rientrano nelle ipotesi punite dall'articolo 579 (Omicidio del consenziente) o dall'articolo 580 (Istigazione o aiuto al suicidio) del Codice Penale. Al contrario, la sospensione delle cure costituisce un diritto inviolabile ai sensi dell'art. 32 della Costituzione e Legge 219/2017. Con la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale, in Italia è possibile richiedere il suicidio medicalmente assistito, cioè l'aiuto indiretto di un medico a morire soltanto in alcune precise condizioni.

La Legge prevede anche la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su accertamenti diagnostici e scelte terapeutiche.

Lo scopo dello studio, è stato comprendere quale sia l'opinione e la conoscenza della popolazione circa "eutanasia" "suicidio assistito", "accanimento terapeutico", "cure palliative"; rilevare se vi è una differenza tra gli utenti che si trovano ad affrontare una malattia degenerativa rispetto a coloro che non sono affetti da patologie e comprendere quali siano i fattori che influenzano le potenziali scelte di fine vita, o di Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT)

Materiali e Metodi

Studio osservazionale descrittivo sviluppato effettuando una ricerca bibliografica consultando le banche dati quali PubMed e Cochrane per selezionare e ideare i quesiti di ricerca e tramite la somministrazione del questionario anonimo validato, previo consenso informato, a un campione rappresentativo della popolazione. Lo strumento utilizzato per la

raccolta dati è composto da una parte anagrafica riguardante informazioni socio-demografiche, e una parte contenente i 16 items inerenti le conoscenze e l'opinione personale sul tema trattato.

Le interviste sono state condotte nei principali punti di afflusso, sale d'attesa, Urp, dei diversi Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Territoriale di AP previa autorizzazione della Direzione Sanitaria. Alle associazioni di pazienti affetti da malattia oncologiche o rare è stato invece inviato il questionario sviluppato con l'app Google Moduli e condiviso tramite link per piattaforme social.

La raccolta dati è stata effettuata da Gennaio a Maggio 2023. I dati sono stati elaborati con software SPSS.

Risultati

Sono stati analizzati N= 344 questionari con una distribuzione dei rispondenti per il 60,75% femmine (N=209) e 39,24% maschi (N=135). il 51,16% non affetto da patologie VS 48,83% affetto da una patologia. La prevalenza della malattia è risultata più alta nella fascia d'età 41-60 (52,97%).

Il 65% (N=165) soggetti affetti da patologia con ridotta aspettativa di vita hanno espresso la propria volontà per la donazione di organi e tessuti e il 35% (N=57) ha già redatto un testamento biologico.

Dall'analisi dei dati risultati è emerso che essere favorevole all'eutanasia è significativamente associata alle seguenti variabili: orientamento religioso non credente ($p < 0,001$), sesso maschile ($p < 0,005$) stato civile vedovo ($p < 0,001$), condizione di disabilità ($p < 0,0023$), assenza familiare caregiver ($p < 0,0012$) status legale assistito ($p < 0,001$) avere sofferto di intenso dolore durante una fase della propria vita (n 185) ($p < 0,005$)

Non sono invece risultate correlate nazionalità (N. 57) ($p = 0,81$) livello istruzione elevato, (N.72), avere praticato assistenza a un familiare in fase terminale (N. 65) ($p = 0,32$).

Conclusioni

Dalla letteratura scientifica recente molti 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.

I risultati di questa indagine hanno evidenziato una crescente consapevolezza verso i trattamenti di aiuto a morire, confermando la vicinanza dei professionisti sanitari e delle associazioni durante tutte le fasi della vita dei cittadini ed il rispetto che hanno nei confronti

delle loro scelte fine vita. In aggiunta, dai dati rilevati, risulta necessaria una maggiore informazione sul tema alla cittadinanza per mezzo anche della rete di Cure Primarie.

Background

Euthanasia consists of all those actions deliberately carried out by health professionals whose objective is to directly cause death at the express, voluntary and repeated request of a capable patient who presents intense physical and mental suffering following an irreversible disease and that himself experiences it as unacceptable. Active euthanasia is distinguished, like determining death through the direct intervention of the doctor, using lethal drugs; from passive euthanasia, which instead indicates death, accelerated, by the abstention of professionals from carrying out health interventions that prolong life itself. In many European and non-European countries, euthanasia and/or assisted suicide practices are legal, instead, in Italy, they constitute a crime and fall within the hypotheses punished by article 579 (Murder of the consenting person) or by article 580 (Instigating or assisting in suicide) of the Penal Code. On the contrary, the suspension of treatment constitutes an inviolable right pursuant to art. 32 of the Constitution and Law 219/2017. With the sentence 242/2019 of the Constitutional Court, in Italy it is possible to request medically assisted suicide, that is the indirect help of a doctor to die only in some precise conditions.

The Law also provides for the possibility for each person to express their wishes regarding health treatments, as well as the consent or refusal of diagnostic tests and therapeutic choices.

The purpose of the study was to understand what is the opinion and knowledge of the population about "euthanasia" ,"assisted suicide", "aggressive treatment", "palliative care"; detect if there is a difference between users who are facing a degenerative disease compared to those who are not affected by pathologies and understand what are the factors that influence potential end-of-life choices, or Advance Treatment Declarations (DAP)

Materials and Methods

Descriptive observational study developed by carrying out a bibliographic search by consulting databases such as PubMed and Cochrane to select and design the research questions and by administering the anonymous validated questionnaire, with prior informed consent, to a representative sample of the population. The tool used for data collection is made up of a personal data section concerning socio-demographic information, and a section containing the 16 items relating to knowledge and personal opinion on the topic under discussion. The interviews were conducted in the main influx points, waiting rooms, public relations office, of the various Departments of the Local Health Authority of AP with the prior authorization of the Health Department. On the other hand, the questionnaire developed with the Google Forms app was sent to associations of patients suffering from oncological or rare diseases and shared via links for social platforms.

Data collection was carried out from January to May 2023. Data were processed with SPSS software.

Results

N= 344 questionnaires were analyzed with a distribution of respondents for 60.75% females (N=209) and 39.24% males (N=135). 51.16% not affected by pathologies VS 48.83% affected by a pathology. The prevalence of the disease was highest in the 41-60 age group (52.97%).

65% (N=165) subjects affected by pathology with reduced life expectancy have expressed their will to donate organs and tissues and 35% (N=57) have already drawn up a living will.

From the analysis of the data it emerged that being in favor of euthanasia is significantly associated with the following variables: non-believer religious orientation ($p < 0.001$), male sex ($p < 0.005$) widowed marital status ($p < 0.001$), disability ($p < 0.0023$), absence of family caregiver ($p < 0.0012$) legal assisted status ($p < 0.001$) having suffered intense pain during a phase of one's life (n 185) ($p < 0.005$).

On the other hand, nationalities were not correlated (N. 57) ($p = 0.81$) high level of education, (N.72), having assisted a family member in the terminal phase (N. 65) ($p=0.32$).

Conclusion

From recent scientific literature, many studies have shown that the number of requests for assisted suicide is continuously increasing due to the progressive aging of the population and the growing number of terminal illnesses.

The results of this survey have highlighted a growing awareness of dying aid treatments, confirming the closeness of health professionals and associations during all phases of citizens' lives and the respect they have for their choices at the end of life. In addition, from the data collected, it is necessary to provide more information on the issue of citizenship also through the Primary Care network

Introduzione

Definizioni

L'eutanasia consiste in tutte quelle azioni deliberatamente compiute da professionisti della salute il cui obiettivo è quello di causare direttamente la morte su richiesta espressa, volontaria e ripetuta di un paziente capace che presenta intense sofferenze, fisiche e mentali, a seguito di una malattia terminale o irreversibile e che il paziente stesso vive come qualcosa di inaccettabile, insopportabile e indegno.

L'eutanasia attiva consiste nel determinare o nell'accelerare la morte mediante il diretto intervento del medico, utilizzando farmaci letali (ad esempio un barbiturico ad azione rapida che induce il coma e una dose elevata di cloruro di potassio, che determina l'arresto cardiaco).

Il termine eutanasia passiva viene invece utilizzato per indicare la morte del malato determinata o, meglio, accelerata, dall'astensione del medico dal compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita stessa: un esempio potrebbe essere rappresentato dall'astensione dal trattare con terapia antibiotica un malato di demenza di Alzheimer, oppure un neonato gravemente deforme, con breve aspettativa di vita, colpito da polmonite. In realtà sarebbe opportuno non utilizzare il termine eutanasia in tal senso; è invece preferibile in questo caso parlare di astensione terapeutica.

In altri casi i medici devono ricorrere, per mantenere in vita una persona, all'impiego di apparecchi meccanici oppure alla nutrizione totale mediante sonda o fleboclisi. Si definisce allora come sospensione delle cure la decisione di fermare questi interventi, con il risultato della morte dell'individuo, peraltro in tempi non sempre rapidi.

La morte può anche essere causata o accelerata dall'impiego in dosi massicce di farmaci, come ad esempio la morfina o i suoi derivati, somministrati allo scopo di alleviare sintomi quali il dolore o la dispnea. In questi casi la morte non è la conseguenza di un atto volontario del medico, ma piuttosto un effetto collaterale del trattamento.

L'accanimento terapeutico invece consiste nell'ostinata esecuzione di trattamenti di documentata inefficacia in relazione all'obiettivo, a cui si aggiunga la presenza di un rischio elevato e/o una particolare gravosità per il paziente con un'ulteriore sofferenza, in cui l'eccezionalità dei mezzi adoperati risulti chiaramente sproporzionata agli obiettivi della condizione specifica.

Il suicidio assistito è una condizione in cui il paziente è colui che compie l'azione, che pone fine alla sua vita attraverso l'ingestione di un farmaco letale ma è stato dispensato nell'ambito dell'assistenza sanitaria e quindi chiamato assistito. Questa assistenza è fornita in ambito sanitario. Tuttavia, richiede il coordinamento preventivo di un team multidisciplinare e persino la valutazione da parte di un comitato etico per determinare che il paziente sta esercitando piena autonomia, libero dalla coercizione dalla situazione che sta vivendo e libero dai desideri fatalistici di una malattia psichiatrica.

(Carvajal C S, 2021) (sciotti, 2019) (Picón-Jaimes YA, 2022)

DAT: Disposizioni anticipate di trattamento.

In previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle proprie scelte, la Legge prevede la possibilità per ogni persona di esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto su accertamenti diagnostici, scelte terapeutiche e singoli trattamenti sanitari.

Nel caso in cui le condizioni fisiche del paziente non lo consentano, le DAT possono essere espresse attraverso videoregistrazione o dispositivi che consentano alla persona con disabilità di comunicare. Le DAT sono modificabili, rinnovabili e revocabili in qualsiasi momento. Il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso in accordo con il fiduciario, qualora le DAT appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente o nel caso sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita. (Salute, 2020)

Le cure palliative sono la cura multidimensionale di pazienti con malattie che limitano la vita in concomitanza con la gestione attiva della malattia, insieme al supporto per i loro caregiver. Le componenti delle cure palliative primarie includono la gestione dei sintomi fisici e psicologici e le discussioni sugli obiettivi delle cure e sui desideri di fine vita.

(Honeycutt PJ, 2014)

Il panorama delle cure palliative e di fine vita è cambiato sostanzialmente nell'ultimo decennio a causa dei cambiamenti demografici, delle tecnologie mediche e dei modelli di malattia, con il risultato di un numero enorme di persone che vivono con condizioni

croniche progressive che richiedono cure palliative. Le decisioni sui trattamenti medici stanno diventando sempre più complicate, poiché il tasso di sopravvivenza non è più visto come l'unico risultato. Il crescente numero di persone che necessitano di cure palliative sta anche portando ad una dipendenza senza precedenti dal supporto dei caregiver a cure di alta qualità. Le cure palliative enfatizzano il controllo dei sintomi e soddisfano le complesse esigenze di assistenza dei pazienti con condizioni che limitano la vita e delle loro famiglie per ottimizzare la qualità della vita. C'è una crescente consapevolezza che la fornitura di cure palliative è una componente vitale dell'assistenza sanitaria per affrontare vari sintomi angoscianti e preoccupazioni sociali e psico-spirituali dal momento della diagnosi fino all'ultima fase della vita.

(Leung DYP, 2020)

La situazione in Italia: La normativa

In Italia l'eutanasia costituisce un reato e rientra nelle ipotesi previste e punite dall'articolo 579 (Omicidio del consenziente) o dall'articolo 580 (Istigazione o aiuto al suicidio) del codice penale. Al contrario, la sospensione delle cure costituisce un diritto inviolabile ai sensi dell'art. 32 della Costituzione e Legge 219/2017. Con la sentenza 242/2019 della Corte Costituzionale, in Italia è invece possibile richiedere il suicidio medicalmente assistito, cioè l'aiuto indiretto di un medico a morire. Quattro sono le condizioni richieste: chi lo richiede deve essere pienamente capace di intendere e di volere, deve avere una patologia irreversibile che è portatrice di gravi sofferenze fisiche o mentali e deve sopravvivere grazie a trattamenti salva vita.

Occorre accertare, da un punto di vista medico, la presenza dei requisiti e indicare le modalità di autosomministrazione, oltre ad appurare che la volontà dell'interessato sia stata manifestata in modo chiaro e univoco e che il paziente sia stato adeguatamente informato sia sulle sue condizioni, che sulle possibili soluzioni alternative, come l'accesso alle cure palliative ed eventualmente alla sedazione profonda continua.

Al completamento di questa procedura, il fascicolo sarà inviato al comitato etico, soggetto terzo che ha il compito di verificare la conformità del caso con la procedura prevista dalla sentenza della Corte.

(Marrone M, 2022)

Background

Ricerche precedenti suggeriscono che le persone, in particolare le persone religiose, sono più contrarie all'eutanasia attiva, come un'iniezione letale, che all'eutanasia passiva, come il ritiro del supporto vitale. La ricerca attuale propone una possibile spiegazione per questa scoperta: che l'eutanasia attiva è vista come interferente con il corso naturale della vita e della morte, ma l'eutanasia passiva è vista come un permesso che abbia luogo. Due studi hanno prodotto risultati coerenti con questa ipotesi e hanno scoperto che il modo in cui le persone pensano al corso naturale della vita e della morte spiega sostanzialmente la maggiore opposizione all'eutanasia attiva tra le persone più religiose. Di frequente il dilemma è indicato con la contrapposizione tra "sacralità della vita" e "qualità della vita"

(Krull DS, 2022) (Premoli De Marchi, 2013)

In Belgio, dove le "cure palliative per tutti" sono un diritto del paziente sancito dalla legge e l'eutanasia è possibile a determinate condizioni, i malati di cancro che consultano un

ospedale universitario hanno compilato un questionario che valutava la fornitura di informazioni e le esigenze di informazione sul decorso della malattia, sui trattamenti, sulle cure palliative e sull'eutanasia nei pazienti oncologici. La maggior parte delle informazioni sulle cure palliative e sull'eutanasia è stata data quando il paziente aveva un'aspettativa di vita inferiore a sei mesi. Tuttavia, un quarto di quelli nelle fasi precedenti della loro traiettoria di malattia, in particolare quelli che hanno sperimentato dolore elevato, affaticamento o nausea, hanno richiesto maggiori informazioni su questi argomenti. In conclusione, molti pazienti vogliono più informazioni sulle cure palliative e sull'eutanasia di quelle attualmente fornite, anche quelli in una fase precedente che terminale della loro malattia.

(Beernaert K, 2018)

Le cure palliative mirano a migliorare la qualità della vita dei pazienti con malattie che limitano la vita. Spesso sono legate solo alle persone affette da cancro; Tuttavia, anche i pazienti allo stadio terminale con patologie non oncologiche hanno esigenze significative. In uno studio del 2018 è emerso che il carico di sintomi e le esigenze di assistenza per i pazienti con malattie non oncologiche allo stadio terminale sono simili a quelle dei pazienti con cancro avanzato. La pianificazione anticipata delle cure offre l'opportunità di prepararsi per futuri episodi di malattia, compresa la fornitura di cure di fine vita. Quando non si può placare la sofferenza si valuta l'opzione della sedazione, e qui il problema fondamentale è solitamente decidere quale errore scegliere: l'errore di prolungare la sofferenza o l'errore di accorciare la vita?

(Mounsey L, 2018) (Xavier Busquet-Duran, 2022)

Uno studio in Svizzera, su un campione di 2168 cittadini ha avuto l'81,7% degli intervistati a favore della legalità del suicidio assistito, come avviene attualmente in Svizzera, e il 60,9% ha dichiarato che potrebbe prendere in considerazione la possibilità di chiedere il suicidio assistito in determinate circostanze; Il 28,2% degli intervistati ha riferito di diventare probabilmente membro di un'organizzazione per il diritto di morire, con il 4,9% degli intervistati che ha riferito di essere già membro di tale organizzazione al momento del sondaggio.

(Vilpert S, 2020)

Uno studio trasversale è stato condotto su un campione casuale di cittadini adulti della Repubblica di Croazia, (N = 1203). Lo studio ha rilevato bassi livelli di accettazione del

rifiuto o della sospensione del trattamento che prolunga la vita, eutanasia, e suicidio assistito medicalmente. Inoltre, ha trovato prove che l'età, il livello di istruzione, l'orientamento politico e il luogo di residenza hanno un impatto sulle opinioni delle persone sull'eutanasia.

(Borovecki A, 2022)

L'eutanasia è un argomento etico controverso che è stato ampiamente discusso. La fornitura di eutanasia coinvolge un team di assistenza sanitaria multidisciplinare, in cui gli infermieri hanno spesso ruoli secondari. Tuttavia, gli infermieri svolgono un ruolo chiave in tutti i principali processi sanitari. Poiché un numero crescente di paesi sta attualmente regolando o considerando l'inclusione dell'eutanasia come servizio sanitario, vi è un urgente bisogno di definire il ruolo degli infermieri e la partecipazione a questo processo. È stata intrapresa una revisione su un totale di 31 articoli scientifici e 11 documenti legislativi. Le analisi delle leggi attuali hanno mostrato che pochi territori hanno una legislazione con ruoli infermieristici ben definiti; sulla base della ricerca scientifica, sono stati identificati 15 ruoli e 80 compiti che gli infermieri assumono durante il processo di eutanasia. Sono stati suddivisi i risultati in cinque categorie: cura iniziale e accompagnamento, valutazione delle condizioni del paziente, procedura di eutanasia, debriefing, notifica e ruolo generale. In conclusione, gli infermieri svolgono compiti durante tutto il processo di eutanasia. La revisione della legislazione attuale e del corpus esistente di letteratura scientifica ha mostrato una mancanza di legislazione dei ruoli assunti dagli infermieri, portandoli così a partecipare a pratiche al di fuori del quadro giuridico. Nella pratica clinica quotidiana gli operatori sanitari (medici e infermieri) affrontano quotidianamente questioni sul fine vita, soprattutto, l'accanimento terapeutico, definito da loro stessi come l'erogazione di trattamenti che non apporta nessun beneficio al paziente.

Il tema donazione degli organi invece rappresenta una scelta difficile quanto importante. Nel lungo e complesso processo che porta alla donazione e quindi al trapianto gli infermieri giocano un ruolo fondamentale. Secondo i dati del Centro Nazionale Trapianti, aggiornati al 31 Dicembre 2022, le opposizioni alla volontà di donare gli organi restano costantemente alte nelle regioni del sud, e soprattutto nella fascia d'età 18-30, dato che conferma la necessità di sensibilizzazione.

(Bellon F, 2022) (Leuter, 2020) (Gatti, 2023) (Ministero della Salute, 2022)

Obiettivo Generale

L'obiettivo generale dello studio si prefigge di realizzare un'indagine quantitativa al fine di rilevare se vi è una differente visione soggettiva nelle scelte etiche del fine vita tra popolazione che si trova ad affrontare una malattia disabilitante o degenerativa e popolazione che al momento dello studio non è affetta da patologie.

Lo scopo è quello di comprendere se la propria condizione di salute influenza le potenziali scelte dei trattamenti sanitari o sospensione delle cure.

Obiettivi specifici

L'indagine si pone obiettivi specifici quali:

- Comprendere se e quanto determinate variabili quali l'età, il sesso, l'orientamento religioso o altri fattori sociali possano influenzare gli individui sull'essere favorevoli a temi come il suicidio assistito, la sospensione di trattamenti di sostegno vitale e forme di eutanasia.
- Quali siano i limiti tra necessità delle cure ed accanimento terapeutico
- Quale sia l'implicazione medico-infermieristica rispetto ai risvolti di natura etica e deontologica;
- Se il personale medico-infermieristico debba rispettare le scelte del malato indipendentemente dai propri principi etici
- Quale ambiente, in o extraospedaliero, può rendere il fine vita più dignitoso.
- Se esiste ad oggi una maggiore conoscenza, approvazione ed avvenuta dichiarazione alla donazione degli organi rispetto al bio-testamento.

Materiali e Metodi

La prima parte dello studio è stata la ricerca bibliografica. Il lavoro è stato elaborato consultando i principali studi inerenti al tema su banche dati quali PubMed, La Cochrane, Google Scholar, Portale CAD della biblioteca Universitaria e sitografie aggiornate a dati più recenti.

Gli articoli risultati validi per lo studio sono stati principalmente quelli della banca dati PubMed e CAD. Sono stati consultati 35 articoli, di cui 15 risultati validi per il nostro quesito d'interesse anche come criterio di timeline.

Key Word

Sono state utilizzate le parole chiave:

Survey Euthanasia, Assisted suicide, Palliative Care, End of life, Euthanasia AND world, Pain, Nurses AND Euthanasia, Survey end of life NOT children.

Operatori booleani:

AND, NOT.

PICO

Il quesito di ricerca è stato sviluppato e scisso nel PICO, il risultato ottenuto è stato il seguente:

P	Popolazione	Popolazione Italiana e Straniera che accede al SSN nello specifico all'Ast di San Benedetto del Tronto Popolazione appartenente ad associazioni di malattie degenerative o disabilitanti
I	Intervento	Determinare gli effetti multicomponente nel fine vita
C	Confronto	Studi precedenti assimilabili
O	Esito	Confrontare le differenti percezioni delle tipologie di campione

Il questionario:

Non avendo rintracciato questionari adeguati al nostro quesito di indagine, o almeno solo in parte è stato strutturato un nuovo questionario, formato da 16 Items, 6 dei quali ripresi e modificati da "Progetto Bioetica" Ussl 2 Regione Veneto, e AIED Roma (Associazione Italiana per l'Educazione Demografica).

Il questionario è formato da 16 items a risposta chiusa ed una subordinata, focalizzato sia su indicatori reali che opinioni. (Allegato 1)

E' stata scelta una variabile in scala dicotomica per la maggior parte delle opzioni di risposta. Questa scelta è stata compiuta per ottenere dati quantitativi che forniscano

risposte più precise ed analizzabili. I dati ricavati sono stati codificati ed analizzati con il database Access.

Il questionario è stato suddiviso in due parti:

Una parte anagrafica contenente informazioni socio-demografiche quali: sesso, età, stato civile, orientamento religioso, nazionalità e livello d'istruzione.

Una seconda parte contenente i 16 items inerenti al parere soggettivo dell'oggetto di ricerca.

Il campione

Alla luce dello studio preliminare si è compreso che analizzando il campione rappresentativo generale, potesse non esserci un numero adeguato di persone affette da patologie, così la ricerca del campionamento ha preso in considerazione due tipologie di campione: una fetta di popolazione generale che al momento dello studio non era affetta da patologie soggetti appartenenti ad associazioni di malattie disabilitanti o degenerative, quali la distrofia, la Sclerosi e gruppi social community per la condivisione di idee o supporto inerenti un tema.

In entrambi i campioni vi era la possibilità di definirsi “affetti o non affetti da una patologia”

L'indagine di tipo descrittivo ha coinvolto N=344 soggetti.

Il campione ha dato il proprio consenso mediante la compilazione del questionario anonimo.

Alla popolazione è stato somministrato il questionario cartaceo nei principali punti di afflusso, sale d'attesa, Urp, o luoghi analoghi dei diversi Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria Territoriale di AP previa autorizzazione della Direzione Sanitaria. Alle associazioni UILDM e FSHD è stato inviato il questionario sviluppato con la piattaforma Google moduli tramite link ai vari referenti, che a loro volta lo hanno inoltrato mediante canali social (Facebook) e messaggistica istantanea Whatsapp ai loro associati.

Lo studio è stato condotto in un periodo di 4 mesi da Febbraio 2023 a Maggio 2023.

Risultati

Il sondaggio è stato completato da un numero sufficiente di partecipanti ed è stato possibile analizzarne i risultati.

L'indagine ha coinvolto N=344 soggetti di entrambi i sessi (figura 1) prevalentemente donne, sebbene la presenza di utenti femminili e maschili sia pressoché simile. Casualmente, i partecipanti sono quasi esclusivamente Italiani (Figura 2).

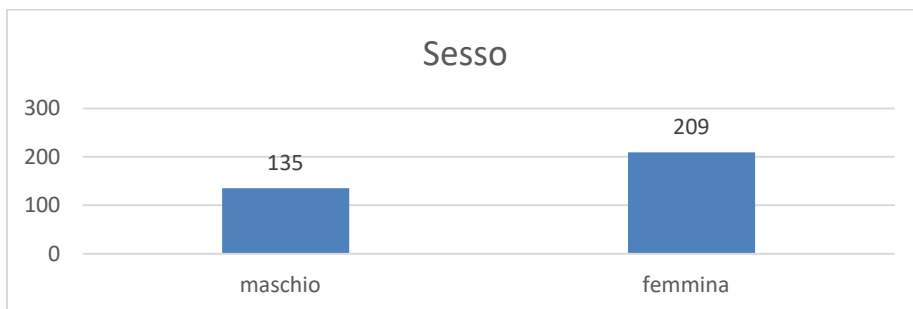


Figura 1: Distribuzione rispondenti per sesso: n.209 femmine (60,75%) e n.135 maschi (39,24%)

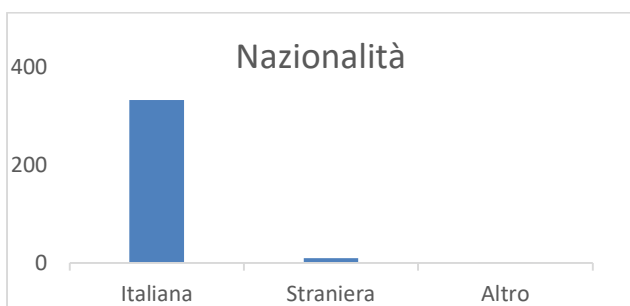


Figura 2: Distribuzione rispondenti per nazionalità N=333 (96,80%) soggetti erano italiani, vs 11 (3,19%) stranieri

Caratteristiche generali del campione:

Item	Opzioni risposta	N. soggetti	%
Sesso	Maschio	135	39,24
	Femmina	209	60,75
Età	18-30	48	13,95
	31-40	84	24,41
	41-60	137	39,82
	61 e over	75	21,8
Orientamento religioso	Credente	201	58,43
	Non credente	86	25
	Agnostico	55	15,98
	Preferisco non rispondere	2	0,58
Nazionalità	Italiana	333	96,8
	Straniera	11	3,19
Stato civile	Celibe/Nubile	104	30,23
	Coniugato/Convivente	185	53,77
	Separato/Divorziato	40	11,62
	Vedovo/a	15	4,36
Titolo di studio	Nessun titolo di studio	1	0,29
	Elementare	4	1,16
	Media Inferiore	59	17,15
	Superiore	141	40,98
	Laurea e post laurea	139	40,4

Analisi dei risultati:

Dagli studi bibliografici precedenti si è voluto indagare il fattore orientamento religioso tra le due tipologie di campione per verificarne un potenziale effetto determinante. Incrociando i dati orientamento religioso con quelli relativi alla patologia è possibile comprendere le diverse incidenze come riportato nel grafico sottostante (Figura3):

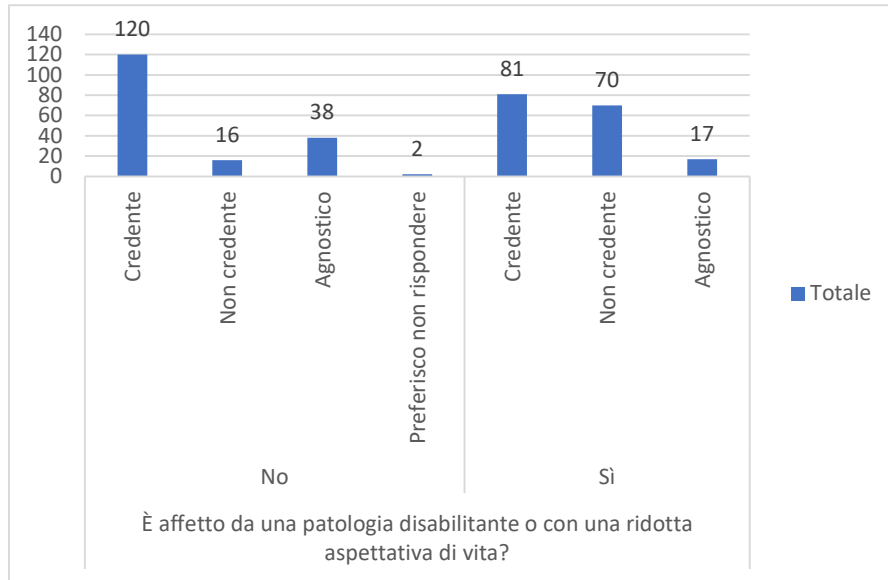


Figura 3: orientamento religioso condizionatamente alle tipologie di campione

L'analisi preliminare dei dati anagrafici ha consentito di comprendere le caratteristiche generali dell'utenza. Le due tipologie di campione si sono autodefinito affette o non affette da una patologia, distribuite in tutte le fasce d'età come riportato nel grafico sottostante (Figura 4). Del campione generale il 48,83% era affetto da una patologia disabilitante o degenerativa al momento del sondaggio, il restante 51,16% non lo era. Questo ha permesso lo studio con un margine minimo di differenza tra i due campioni del 2,32%.

Distribuzione Malattia:

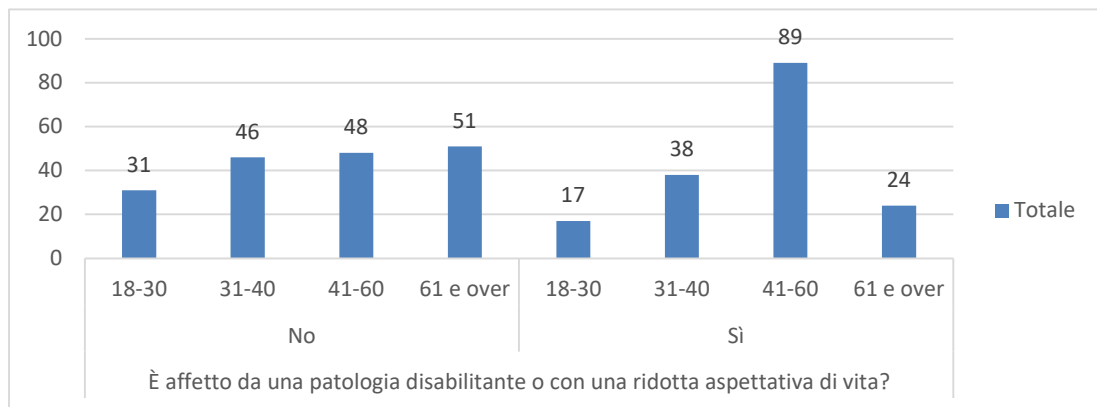


Figura 4: Distribuzione malattia: N=168 (48,83%) soggetti si sono definiti affetti da una patologia, vs i 176 (51,16%) non affetti da patologia al momento del sondaggio. La prevalenza della malattia è risultata più alta nella fascia 41-60 (52,97%).

Rispetto agli items che trattavano temi quali, scelte nel rifiuto o sospensione delle cure, accanimento terapeutico e decisioni terze di tali scelte (Items 1, 3, 9 Allegato 1) le risposte risultano omogenee nelle due tipologie di campione, senza differenze significative, pertanto, si è ritenuto opportuno riassumerle senza stratificazione di campionamento (Figura 5,6,7)

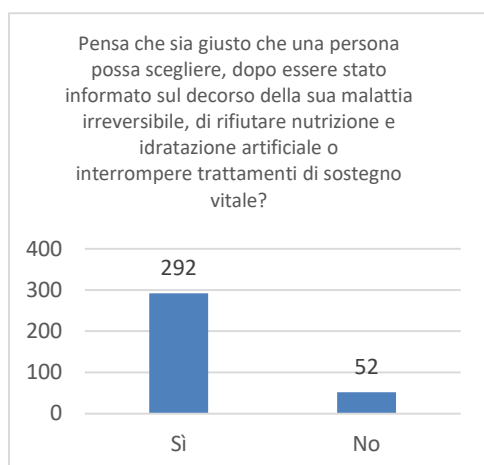


Figura 5 : L'84,88% del campione totale indagato è favorevole alla possibilità di rifiuto o sospensione dei trattamenti di sostegno vitale.

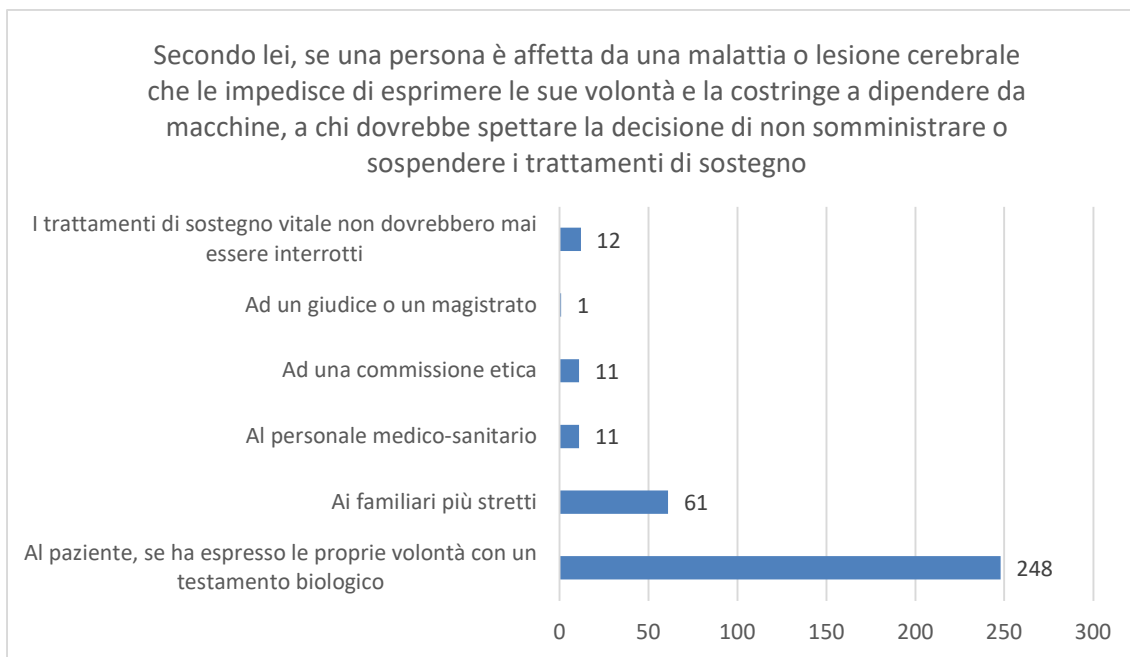


Figura 6: Il 72,09% del campione totale pensa che la decisione di sospensione dei trattamenti spetti al paziente, il 17,73% ai familiari più stretti, il 3,48% pensa che le cure non dovrebbero mai essere interrotte. Trovano pari approvazione le risposte “al personale medico-sanitario, e commissione etica” con il 3,19% di risposte, e solo lo 0,29% per la risposta “ad un giudice o un magistrato”.

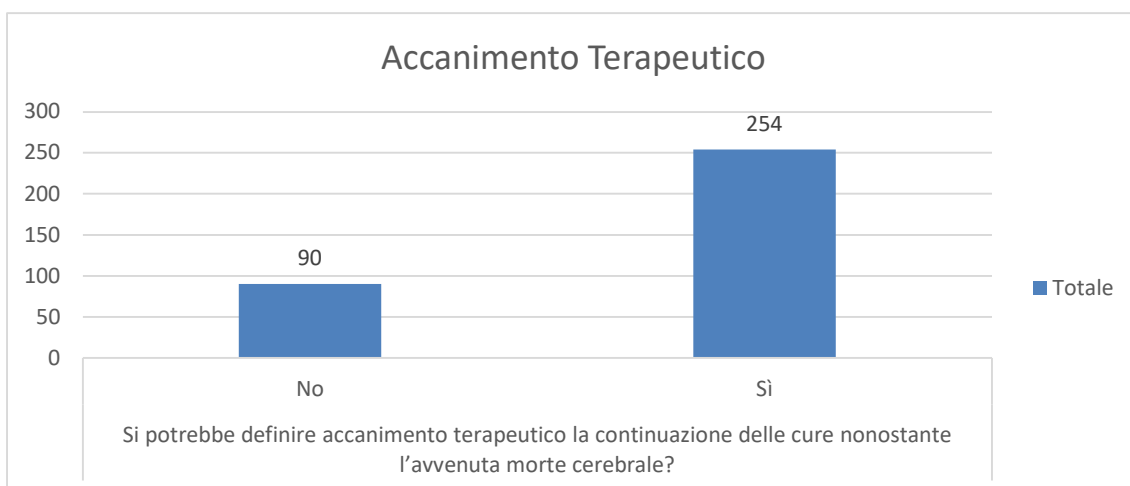


Figura 7 : N=254 soggetti (73,83%) definirebbe accanimento terapeutico il mantenere le funzioni vitali nonostante la cessazione di attività cerebrale, rispetto 26,16% contrario.

Relativamente al suicidio assistito (Item 4 Allegato 1) è stato chiesto ai partecipanti se fossero favorevoli alla possibilità del suicidio assistito, previa le quattro condizioni indispensabili sancite dalla legge italiana, la quasi totalità del campione era favorevole a tale possibilità N=275 (79,94%).

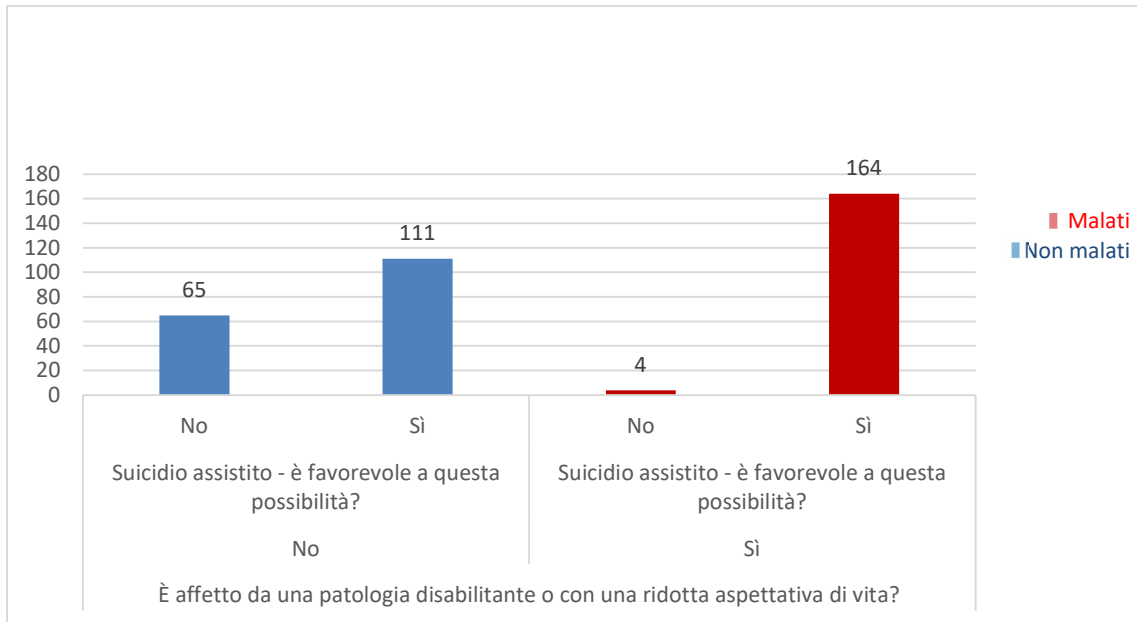
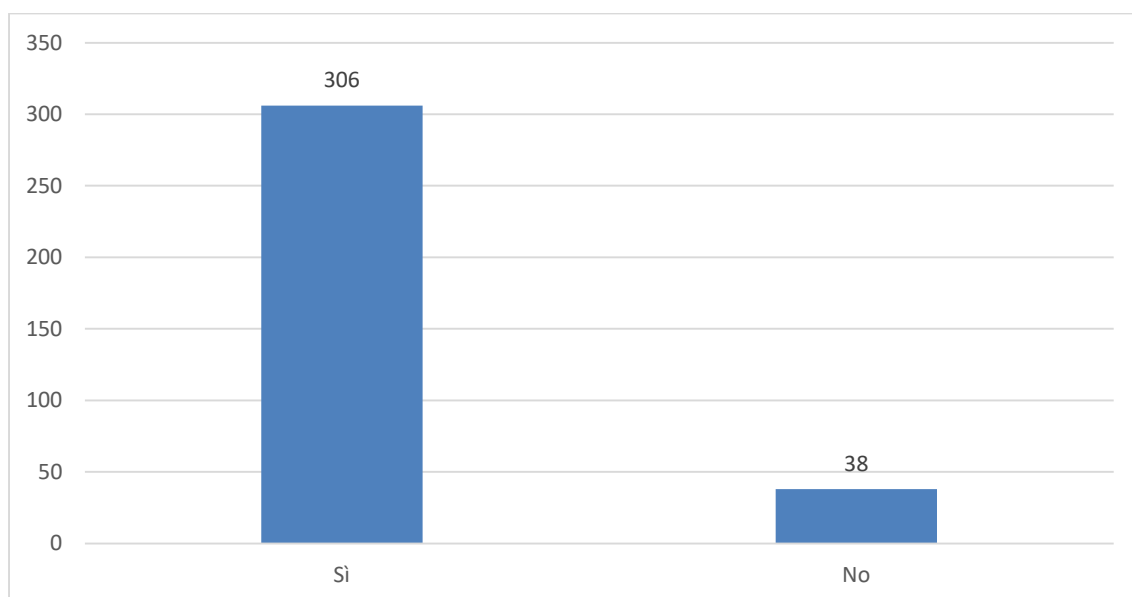


Figura8: N=275 (79,94%) favorevoli, di cui il 47,67% soggetti malati, N=69 (20,05%) non favorevoli, di cui il 18,89% non malati.

Tabella 9: essere favorevoli alla redazione di un testamento biologico

Item	Total
È affetto da una patologia disabilitante o con una ridotta aspettativa di vita?	344
No	176
È favorevole alle possibilità stabilite dalla legge sul testamento biologico?	176
Si	139
No	37
Si	168
È favorevole alle possibilità stabilite dalla legge sul testamento biologico?	168
Si	167
No	1
Grand Total	344

Figura 10: Distribuzione di frequenza sui favorevoli al biotestamento senza stratificazione:



Le scelte tra Eutanasia attiva o passiva:

Alla domanda che indagava quale tipo di eutanasia si ritiene più accettabile n=205 soggetti hanno risposto eutanasia attiva, come somministrazione di un farmaco che ne causa la morte, rispetto a 77 soggetti che hanno risposto eutanasia passiva. N=62 soggetti erano contrari ad entrambe le forme di eutanasia. La differenza tra le due tipologie di campione è significativa, come illustrato nelle figure sottostanti (figura 11, 11.1)

Item	Total
È affetto da una patologia disabilitante o con una ridotta aspettativa di vita?	344
No	176
Eutanasia attiva	76
Eutanasia passiva	41
Nessuna	59
Si	168
Eutanasia attiva	129
Eutanasia passiva	36
Nessuna	3

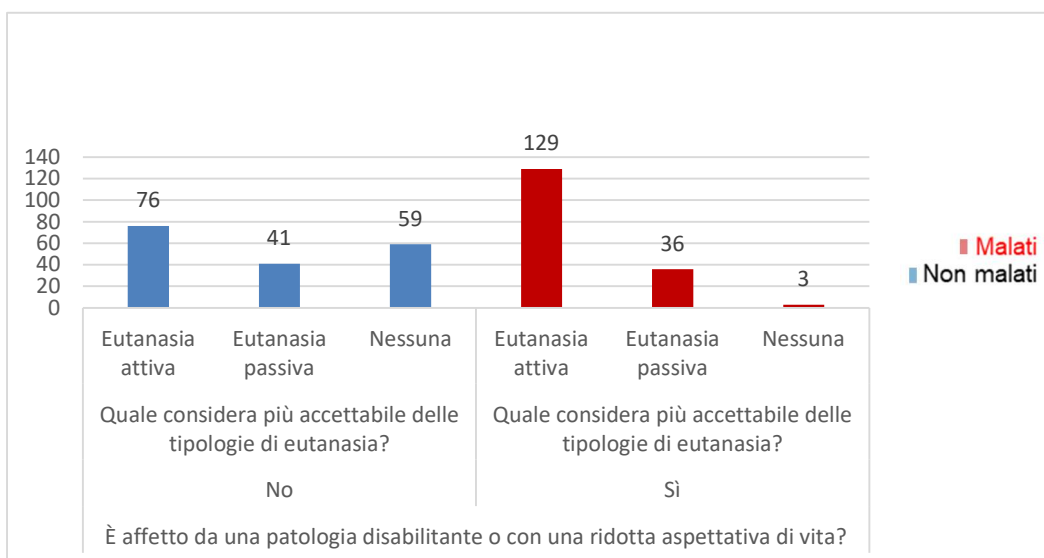
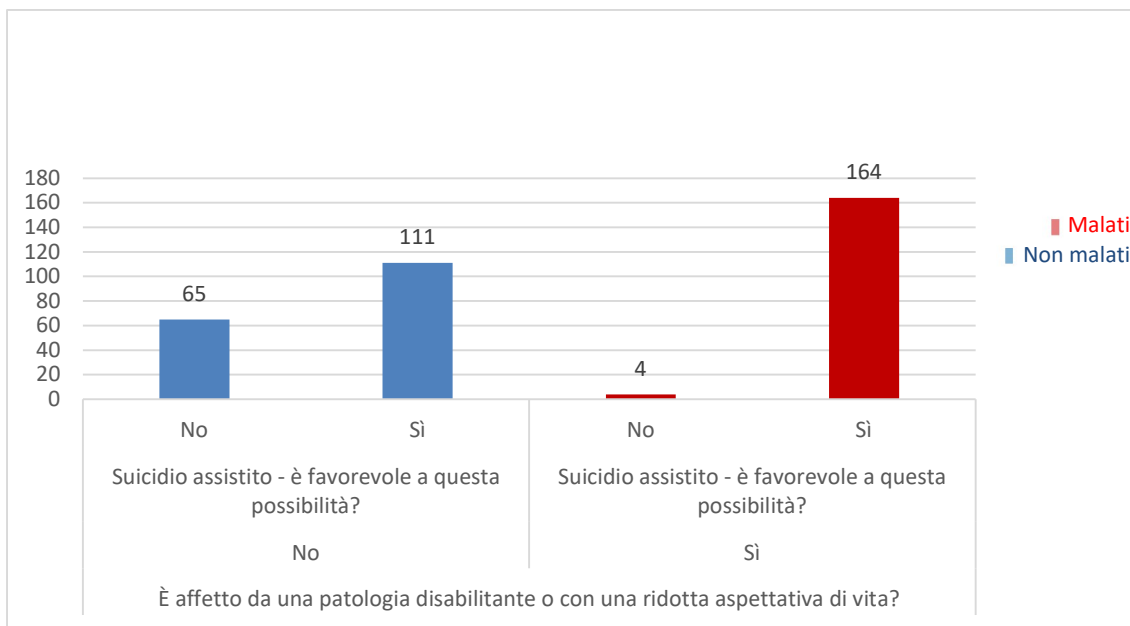
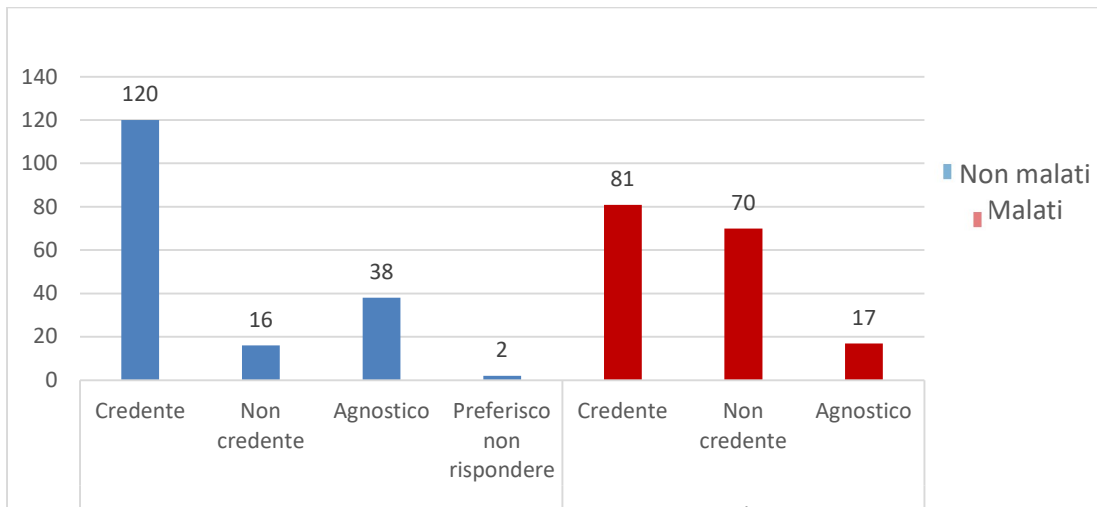


Figura 11.1: Scelte tra le modalità di eutanasia tra i due campioni.

Lo stesso Item ha riportato differenze tra l'orientamento religioso: il 58,43% del campione era credente (N=201), il 22,09% non credente (N=86), il 15,98 si è definito agnostico (N=55) e lo 0,58% (N=2) ha preferito non rispondere (figura 12). Questi dati sono stati incrociati con le variabili patologia come riportato nell'istogramma sottostante:

Figura 12:



Orientamento religioso VS forme di eutanasia:

L'eutanasia Attiva è stata scelta dai credenti per il 40,79%, rispetto all' 86,04% dei non credenti; l'eutanasia passiva è stata scelta dal 32,33% dei credenti vs 6,97% dei non credenti. Essere contrari ad entrambe l'opzione è stato scelto per il 26,86% dei credenti vs il 6,97% dei non credenti e il 3,63% degli agnostici (figura 13):

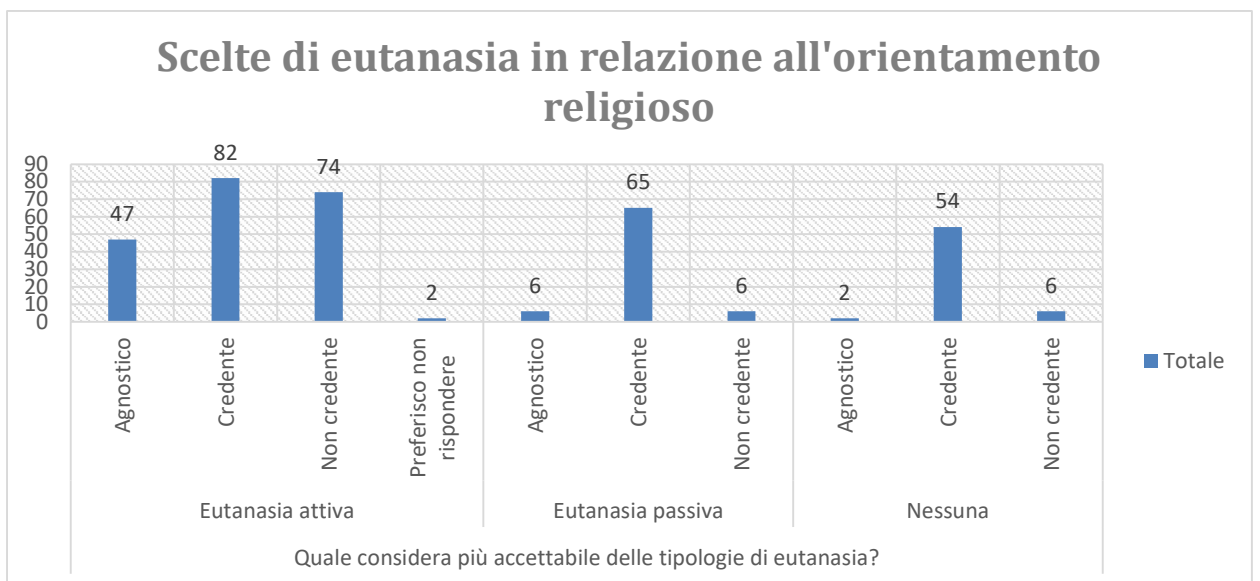
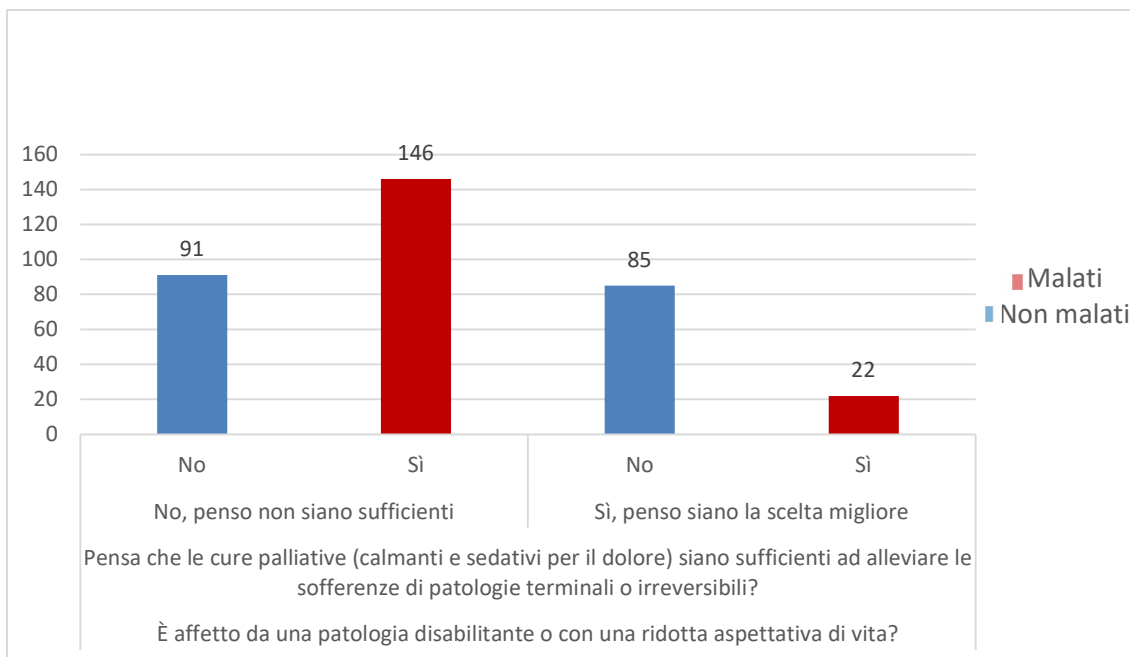


Figura 14: Impressioni soggettive sulle cure palliative nelle due tipologie di campione:



Il 68,89%(N=237) pensa che le cure palliative non siano sufficienti per alleviare le sofferenze, con una prevalenza nel campione affetto da una patologia N=146 (61,60%).

Scelte del malato in relazione ai principi etici degli operatori sanitari:

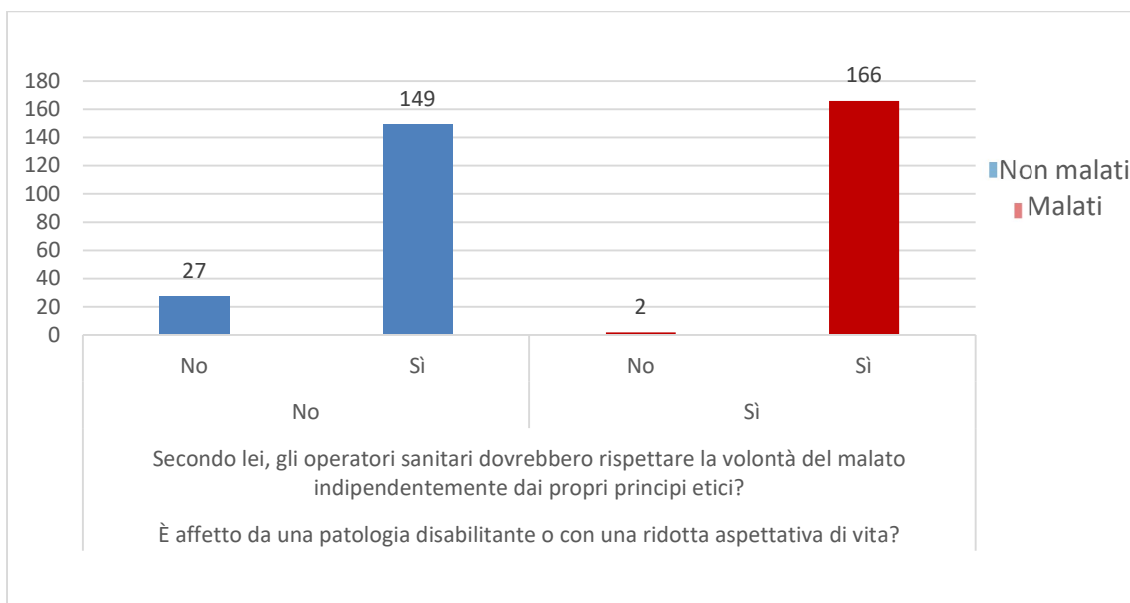


Figura 15: Il 91,56% pensa che gli operatori sanitari debbano rispettare le volontà del malato indipendentemente dai propri principi etici, il 52,69% dei favorevoli appartiene al campione affetto da patologia e solo N=2 soggetti dei malati (1,19%) non era favorevole a tale possibilità.

Item 8: è stato chiesto ai partecipanti quale si potrebbe considerare un ambiente “dignitoso” per il fine vita, in particolare una scelta riguardante un ambiente in o extraospedaliero, quale luogo familiare o tecnologico (figura 16):

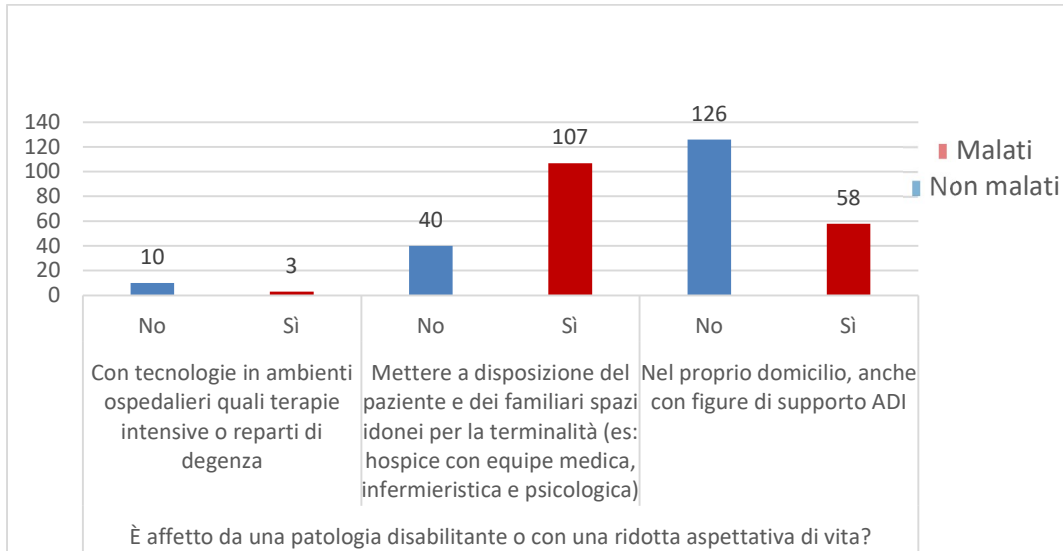
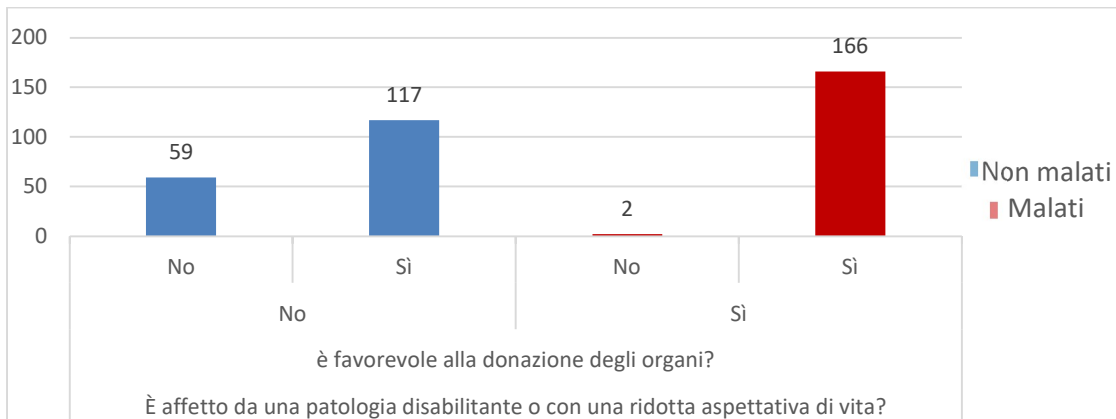


Figura 16: La fetta di campione affetta da patologia ha prevalso nella scelta di un ambiente ospedaliero con spazi idonei per la terminalità, mentre la fetta di campione non malato preferisce un ambiente familiare.

Tra le scelte nel fine vita, il tema donazione degli organi risulta essere affrontato positivamente, specialmente nell’ultimo anno c’è stato un trend di crescita per donazioni e trapianti come riportato da La rete trapianti del Servizio Sanitario Nazionale.

È stato chiesto ai partecipanti se fossero favorevoli alla donazione degli organi, mentre l’item successivo indagava quanti avessero espresso la propria volontà, sia positivamente che negativamente, rispetto alla donazione degli organi, la suddivisione per campionamento rispetto ai due items ha riportato risultati significativi (figura 17):



L'82,26% del campione totale è favorevole alla donazione degli organi; La prevalenza è risultata maggiore nella popolazione malata: N=166 (58,65%) rispetto ai non malati favorevoli N=117 (41,34%), solo il 3,27% (n=2) dei malati non è favorevole alla donazione degli organi rispetto al 96,72% (n=59) dei non malati. L'avvenuta dichiarazione per la donazione degli organi è stata analizzata in entrambi i campioni, i risultati emersi sono riportati nel grafico sottostante (figura 18)

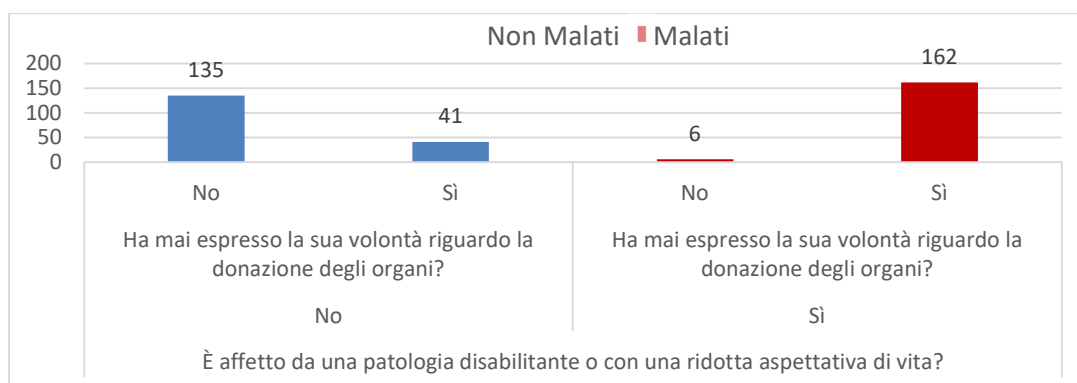


Figura 18: N=162 soggetti affetti da patologia (96,42%) hanno già espresso la propria volontà per la donazione di organi, rispetto ai 41 soggetti (23,29%) dei non malati.

Il Testamento Biologico resta ancora un argomento tabù, nonostante la legge sia entrata in vigore nel 2018, molte persone dichiarano di non esserne a conoscenza o di non averne mai sentito parlare. Come si evince dall'analisi sottostante, più della metà del campione affetto da patologia ha già redatto un testamento per le dichiarazioni anticipate di trattamento. In particolare N=93 (55,35%) soggetti affetti da una patologia con ridotta aspettativa di vita ha già sottoscritto un testamento biologico, rispetto ai 4 soggetti (2,27%) non malati:

Item	Total
È affetto da una patologia disabilitante o con una ridotta aspettativa di vita?	344
No	176
Ha mai redatto un testamento biologico per le dichiarazioni anticipate di trattamenti sanitari?	176
No	172
Sì	4
Sì	168
Ha mai redatto un testamento biologico per le dichiarazioni anticipate di trattamenti sanitari?	168
No	75
Sì	93
Grand Total	344

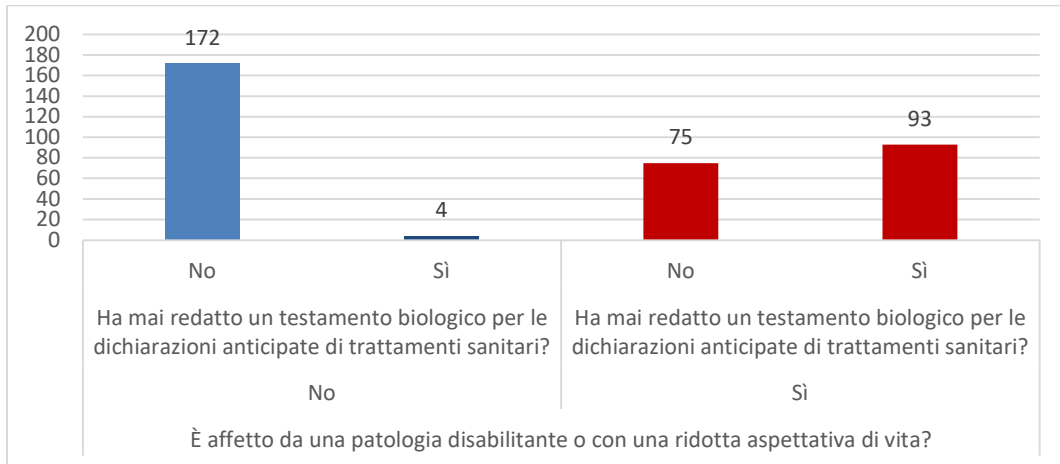


Figura 19: redazione testamento biologico tra popolazione sana e malata: N=93(55,35) soggetti affetti da una patologia ha già redatto un testamento per le disposizioni anticipate di trattamento, VS N=4 soggetti (2,29%) dei “sani”.

È stato chiesto ai rispondenti se un’eventuale condizione di malattia o disabilità possa influenzare le scelte dei trattamenti di fine vita, i risultati sono riassunti nel grafico sottostante (figura20):

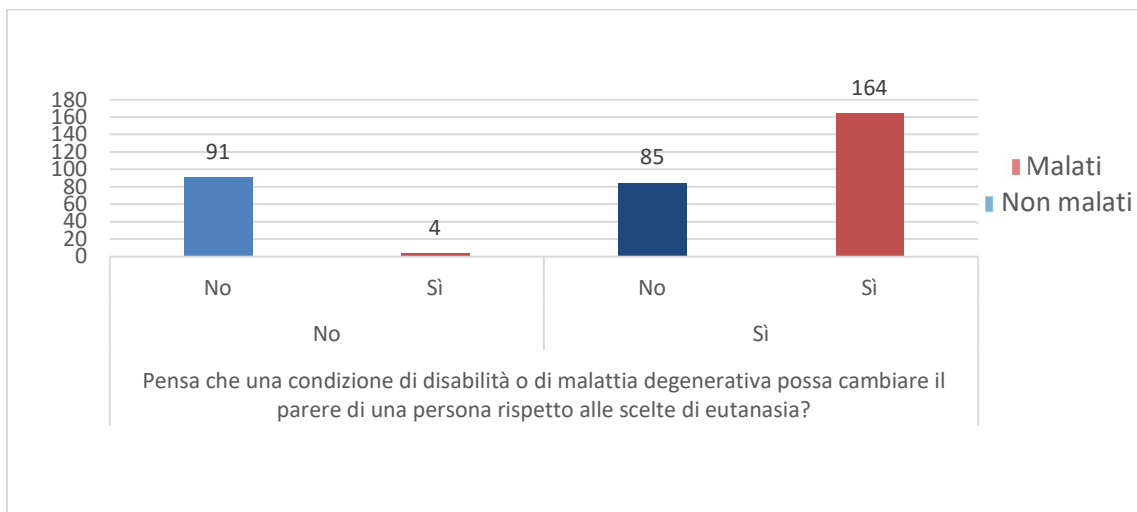
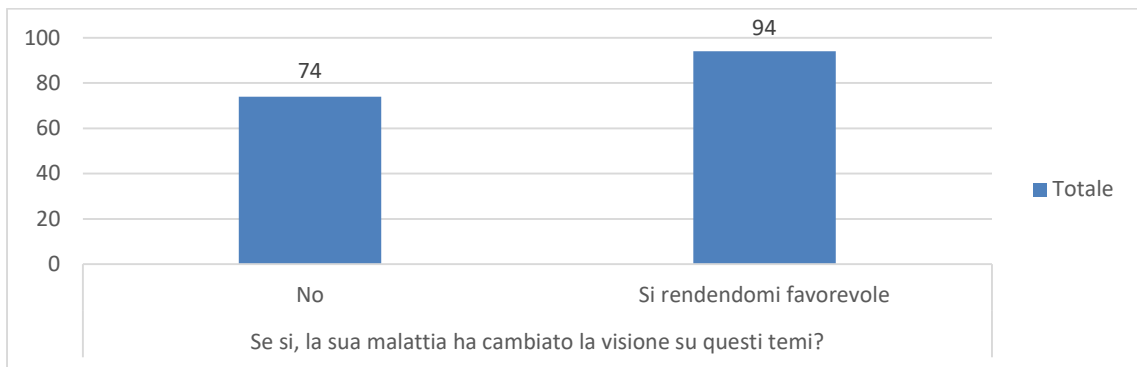


Figura 20: Percezione soggettiva sulle scelte di trattamento in entrambi i campioni: N=164 malati pensa che una condizione di disabilità possa cambiare il parere su scelte di eutanasia, circa la metà dei non malati dichiara il contrario N=91

Malati che hanno cambiato visione post malattia:

Dalla raccolta e dall'analisi dei dati è emerso che 94 dei 168 (55,95%) soggetti affetti da una patologia disabilitante o con ridotta aspettativa di vita ha cambiato visione su questi temi a seguito della propria condizione di salute, divenendo favorevoli a tematiche come l'eutanasia e il suicidio assistito:



Discussione

Dall'analisi dei dati emergono alcune situazioni meritevoli di riflessioni.

Osservando i risultati si nota che la religione influenza sulle scelte del fine vita in particolare si rileva un forte disaccordo dei credenti a temi quali il suicidio assistito o l'eutanasia, anche se questi dovessero essere l'unica soluzione per placare dolore e sofferenza. Viene confermato, quindi, come nella letteratura già presente che le persone religiose sostengono fortemente la preservazione della vita quindi si dichiarano contrari a scelte di anticipazione di fine vita, rispetto ai non credenti ($p < 0,001$) o agli agnostici che sono più favorevoli a temi quali eutanasia attiva rispetto alla sospensione delle cure.

Una condizione di disabilità o di malattia influenza nelle scelte dei trattamenti sanitari, ($p < 0,0023$) in particolare i soggetti affetti da una patologia sono più favorevoli a forme di eutanasia attiva o sospensione delle cure in quanto non trovano sufficienti le cure palliative ($p < 0,005$).

Il 96,42% dei malati ha già espresso la propria volontà per la donazione degli organi rispetto al 23,29% dei non malati.

Il suicidio assistito trova approvazione nel 97,61% del campione malato e 63,06% in quello sano. Il 55,35% dei malati ha già redatto un testamento biologico per le disposizioni anticipate di trattamento, mentre solo il 2,27% dei non malati lo ha già fatto.

La prevalenza del campione affetto da patologia dichiara di aver cambiato visione su questi temi a seguito della propria condizione.

Dunque, i fattori clinici risultano essere importanti predizioni delle decisioni etiche.

Conclusione

Nonostante la prevedibile difficoltà dato l'argomento delicato l'indagine è stata occasione di confronto e si ritiene che l'analisi sia sufficiente per considerare alcune valutazioni. La diversificazione della distribuzione di frequenza delle risposte probabilmente riflette la diversità di opinioni presenti nella popolazione indagata come d'altronde nel contesto sociale. L'81,97% del campione totale ha provato approvazione a temi quali eutanasia e suicidio assistito mentre il restante 18,02% era in disaccordo.

L'autodeterminazione della persona nel sottoporsi o meno a trattamenti terapeutici è riconosciuta dal 88,95% del campione.

Si ritiene che l'indagine sia appropriata per identificare alcuni fattori: essere favorevoli all'eutanasia è significativamente associata alle seguenti variabili: orientamento religioso non credente ($p < 0,001$), sesso maschile ($p < 0,005$) stato civile vedovo ($p < 0,001$), condizione di disabilità ($p < 0,0023$), assenza familiare caregiver ($p < 0,0012$) status legale assistito ($p < 0,001$) avere sofferto di intenso dolore durante una fase della propria vita ($n = 185$) ($p < 0,005$)

Non sono invece risultate correlate nazionalità ($N = 57$) ($p = 0,81$) livello istruzione elevato, ($N = 72$), avere praticato assistenza a un familiare in fase terminale ($N = 65$) ($p = 0,32$).

Osservando i risultati si osserva che una condizione di disabilità o malattia assume un ruolo basilare nelle decisioni sulle pratiche del fine-vita. L'impatto è significativamente più elevato nel campione affetto da patologie verso le affermazioni sulle decisioni di non trattamento o eutanasia. La prevalenza del campione affetto da patologia dichiara di aver cambiato visione su questi temi a seguito della propria condizione di salute, divenendo favorevoli a tematiche quali eutanasia e suicidio assistito; è probabile che percentuali simili siano giustificate da una radicata esperienza diretta in una situazione generale dove l'assistenza erogabile, anche con cure palliative, non sia sufficiente.

I risultati di questa indagine hanno evidenziato una crescente consapevolezza verso i trattamenti di aiuto a morire, confermando la vicinanza dei professionisti sanitari e delle associazioni durante tutte le fasi della vita dei cittadini ed il rispetto che hanno nei confronti delle loro scelte fine vita.

In conclusione, il processo decisionale è un compito multifattoriale dipendente da religione, conoscenze, relazioni, stato di salute e dall'approccio soggettivo delle questioni

del fine vita. Una condizione di disabilità o malattia assume un ruolo basilare nelle decisioni sulle pratiche del fine-vita. È opportuno valutare le diverse situazioni ed implementare interventi informativi e specifici che consentano di aiutare le persone a prendere decisioni consapevoli sul fine vita.

Bibliografia

- Beernaert K, H. C. (2018). Information needs about palliative care and euthanasia: A survey of patients in different phases of their cancer trajectory. *Patient Educ. Couns.*, 132-138.
- Bellon F, M. J.-P.-T.-S.-A. (2022). The role of nurses in euthanasia. *Int J Nurs Stud.*
- Borovecki A, C. M. (2022). Attitudes about withholding or withdrawing life-prolonging treatment, euthanasia, assisted suicide, and physician assisted suicide: a cross-sectional survey among the general public in Croatia. *BMC Med Ethics*, 23(1):13.
- Carvajal C S, P. V. (2021). Rev Med Chil. *Eutanasia: aclarando conceptos*, 1502-1506.
- Gatti, L. C. (2023). Ruolo dell'infermiere nella diffusione della cultura nella donazione d'organo: indagine su conoscenza ed opinione. *Dissertation Nursing.*
- Honeycutt PJ, B. D. (2014). Sentirsi a proprio agio con la morte. *Le cure palliative iniziano a casa*, 111(3):174-9.
- Krull DS, V. S. (2022). Self-destruction or surrender? Religiosity and active versus passive euthanasia. *Death Stud.*, 1-7.
- Leung DYP, C. H. (2020). Palliative and End-of-Life Care: More Work is Required. *Int J Environ Res Public Health*, 17(20):7429.
- Leuter, C. C. (2020). Opinioni di infermieri e medici sul fine vita: una analisi secondaria da uno studio trasversale Italiano. *Annali di Igiene, Medicina Preventiva e di Comunita;*, 274-284.
- Marrone M, B. P. (2022). Eutanasia giuridica italiana: incostituzionalità del referendum e analisi del problema "italiano". *Sociol anteriore*, ;7:898783.
- Mounsey L, F. M. (2018). Palliative care for the patient without cancer. 765-769.
- Picón-Jaimes YA, L.-M. I.-C.-G.-R. (2022). Eutanasia y suicidio asistido: una revisión en profundidad de aspectos históricos relevantes. *Annals of Medicine and Surgery*, 11-75.
- Premoli De Marchi, P. (2013). Accademia University PressOpenAIRE. *Accademia University Press.*
- Vilpert S, B. E.-B. (2020). Social, cultural and experiential patterning of attitudes and behaviour towards assisted suicide in Switzerland: evidence from a national population-based study. *Swiss Med Wkly*, 150.

Xavier Busquet-Duran, E. M.-L.-M. (2022). La ayuda a morir y la mala conciencia, o por qué no puedo estar en contra de la eutanasia. *Atención Primaria*.

Sitografia

Ministero della Salute. (2022, Dicembre 31). Tratto da Centro Nazionale Trapianti:
<https://www.trapianti.salute.gov.it>

Salute, M. d. (2020, 2 11). *www.salute.gov.it*. Tratto da Salute.gov.

Sciotti, S. (2019). *fine-vita-guida-terminologica*. Tratto da Altalex.

Allegati

Allegato 1



UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

Mi chiamo Noemi T., studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica frequentante il 3° anno di corso presso l'Università Politecnica delle Marche. Viene proposto un questionario ANONIMO al fine di indagare conoscenze e percezioni della popolazione riguardo il “*fine vita*”. I dati ricavati dall'analisi dei questionari compilati verranno elaborati e discussi nella mia tesi di laurea.

Acconsento al trattamento dei dati per fini esclusivi di ricerca, in forma aggregata ed anonima, nel rispetto del Codice in materia di protezione dei dati personali Reg. UE n. 679/2016, GDPR

Acconsento

Non acconsento

ANAGRAFICA

Sesso:

- Maschio
- Femmina

Orientamento religioso

- Credente
- Non credente
- Agnostico

Età:

- 18-30
- 31-40
- 41-60
- 61 e over

Nazionalità

- Italiana
- Straniera _____

Stato civile

- Celibe/nubile
- Coniugato/convivente
- Separato/divorziato
- Vedovo/a

Titolo di studio

- Nessun titolo di studio
- Elementare
- Media inferiore
- Superiore
- Laurea e post laurea

1-Con l'approvazione della legge sul testamento biologico si introducono disposizioni che consentono alla persona di decidere a quali trattamenti sottoporsi in previsione di un'eventuale incapacità di autodeterminarsi (esprimere le proprie volontà), le dichiarazioni sono modificabili e revocabili in qualsiasi momento. È favorevole a questa possibilità?

- Sì
- No

2-Pensa che sia giusto che una persona possa scegliere, dopo essere stato informato sul decorso della sua malattia irreversibile, di rifiutare nutrizione e idratazione artificiale o interrompere trattamenti di sostegno vitale?

- Sì
- No

3- Secondo lei, se una persona è affetta da una malattia o lesione cerebrale che le impedisce di esprimere le sue volontà e la costringe a dipendere da macchine, a chi dovrebbe spettare la decisione di non somministrare o sospendere i trattamenti di sostegno vitale?

- Al paziente, se ha espresso le proprie volontà con un testamento biologico
- Ai familiari più stretti
- Al personale medico-sanitario
- Ad una commissione etica
- Ad un giudice o un magistrato
- I trattamenti di sostegno vitale non dovrebbero mai essere interrotti

4-Il suicidio assistito è l'atto di porre fine alla propria esistenza mediante l'autosomministrazione di dosi letali di farmaci. In Italia è legittimo richiederlo solo se sono presenti 4 condizioni:

- **persona tenuta in vita da macchinari vitali**
 - **patologia irreversibile**
 - **sofferenze fisiche o psichiche intollerabili**
 - **che la persona sia capace di intendere e volere**
- è favorevole a questa possibilità?**

- Sì
- No

5- Per eutanasia passiva si intende l'interruzione di ogni tipo di trattamento di sostegno vitale, l'eutanasia attiva, invece, indica la somministrazione volontaria di un farmaco che ne causa la sedazione e la morte nel soggetto che lo richiede. Lei quale considera più accettabile?

- Eutanasia passiva
- Eutanasia attiva
- Nessuna

6- Secondo lei, gli operatori sanitari dovrebbero rispettare la volontà del malato indipendentemente dai propri principi etici?

- Sì
- No

7- è mai stato o è attualmente caregiver di un familiare in stato terminale o con una malattia con ridotta aspettativa della vita?

- Sì
- No

8- Secondo lei, cosa può rendere il morire più dignitoso?

- Mettere a disposizione del paziente e dei familiari spazi idonei per la terminalità (es: hospice con equipe medica, infermieristica e psicologica)
- Con tecnologie in ambienti ospedalieri quali terapie intensive o reparti di degenza
- Nel proprio domicilio, anche con figure di supporto ADI

9- Per morte si intende la cessazione di qualsiasi attività cerebrale, con la possibilità di mantenere il respiro e quindi le funzioni vitali con macchinari invasivi. Qualora tali macchinari restassero in funzione nel tempo, nonostante la dichiarazione accertata di morte cerebrale, si potrebbe definire accanimento terapeutico?

- Sì
- No

10-Pensa che le cure palliative (calmanti e sedativi per il dolore) siano sufficienti ad alleviare le sofferenze di patologie terminali o irreversibili?

- Sì, penso siano la scelta migliore
- No, penso non siano sufficienti

11- Le è mai capitato di confrontarsi su questo tema con amici o parenti?

- Sì
- No

12- Pensa che una condizione di disabilità o di malattia degenerativa possa cambiare il parere di una persona rispetto alle scelte di eutanasia?

- Sì
- No

13- è favorevole alla donazione degli organi?

- Sì
- No

14- Ha mai espresso la sua volontà riguardo la donazione degli organi?

- Sì
- No

15- Ha mai redatto un testamento biologico per le dichiarazioni anticipate di trattamenti sanitari?

- Sì
- No

16- È affetto da una patologia disabilitante o con una ridotta aspettativa di vita?

- Sì
- No

16.1-Se sì, la sua malattia ha cambiato la sua visione su questi temi?

- Sì, rendendomi favorevole
- No