



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**Il diritto di scegliere: il suicidio
medicalmente assistito tra profili giuridici,
bioetici e le implicazioni per la pratica
infermieristica.**

*The right to choose: physician-assisted suicide: legal
and bioethical aspects, and implications for nursing
practice.*

Relatore: Chiar.ma

SABRINA CARPANO

Tesi di Laurea di:

JENNY CICCIONI

Correlatore: Chiar.ma

SIMONA BACALONI

A.A. 2024/2025

Indice

1. INTRODUZIONE	1
1.1 INQUADRAMENTO CONCETTUALE: DIFFERENZE TRA EUTANASIA E SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO	5
1.3 PROFILI EPIDEMIOLOGICI E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO	16
1.4 IL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO NEL CONTESTO INTERNAZIONALE.....	20
1.4.1 CRITERI DI ACCESSO ALLA PRATICA NEI DIVERSI ORDINAMENTI..	25
1.4.2 DIFFUSIONE E TENDENZE DEL SUICIDIO ASSISTITO NEL CONTESTO INTERNAZIONALE.....	29
1.5 IL QUADRO NORMATIVO ITALIANO	31
1.5.1 L'EVOLUZIONE GIURISPRUDENZIALE DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO IN ITALIA.....	34
1.5.2 APPLICAZIONI GIURISPRUDENZIALI DEL SUICIDIO ASSISTITO IN ITALIA.....	51
1.6 IL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO NEL CONTESTO REGIONALE MARCHIGIANO.....	55
2. OBIETTIVO	59
3. MATERIALI E METODI.....	59
4. RISULTATI.....	62
4.1 ESPERIENZE ED ATTEGGIAMENTI DEGLI INFERMIERI EUROPEI NEI CONFRONTI DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO.....	67
4.2 OBIEZIONE DI COSCIENZA	76
5. CONCLUSIONI	80
BIBLIOGRAFIA	82

ABSTRACT

Introduzione

Il suicidio medicalmente assistito rappresenta una delle tematiche più controverse nel dibattito bioetico contemporaneo e riguarda il supporto fornito da un professionista sanitario a un paziente che desidera porre fine alla propria vita in presenza di condizioni cliniche gravi e irreversibili. Il tema coinvolge importanti implicazioni etiche, giuridiche e assistenziali, soprattutto in relazione al principio di autodeterminazione del paziente e al ruolo dei professionisti sanitari nelle decisioni di fine vita. Nel contesto italiano, la pratica è ancora oggetto di dibattito e regolata principalmente da interventi giurisprudenziali in assenza di una normativa organica nazionale.

Obiettivo

Questa tesi ha come obiettivo analizzare le principali evidenze scientifiche riguardanti il suicidio medicalmente assistito, con particolare attenzione al ruolo degli infermieri nel processo assistenziale, alle loro esperienze professionali e alle implicazioni etiche ed emotive associate a questa pratica.

Materiali e Metodi

È stata condotta una revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione delle principali banche dati scientifiche biomediche, tra cui PubMed/MEDLINE e Google Scholar, integrata con l'analisi di riviste scientifiche, documenti istituzionali e fonti normative nazionali e internazionali. Il quesito di ricerca è stato formulato secondo la metodologia PICO, considerando come popolazione i pazienti affetti da patologie gravi e irreversibili coinvolti in decisioni di fine vita, come intervento il suicidio medicalmente assistito, come confronto le cure palliative e le altre modalità di accompagnamento terapeutico, e come outcome la comprensione delle implicazioni etiche, normative e assistenziali per i professionisti sanitari.

Risultati

La letteratura analizzata evidenzia come il suicidio medicalmente assistito sia regolamentato in modo differente nei vari Paesi e come il ruolo degli infermieri nel processo assistenziale risulti particolarmente complesso. Gli infermieri sono spesso i

professionisti sanitari più vicini al paziente nelle fasi finali della vita e possono essere i primi a ricevere richieste relative alla morte assistita. Il loro coinvolgimento è caratterizzato da importanti implicazioni emotive, etiche e professionali, legate alla gestione della sofferenza del paziente, alla comunicazione con la famiglia e ai dilemmi morali connessi alla pratica.

Conclusioni

Il suicidio medicalmente assistito richiede un approccio multidisciplinare che integri aspetti etici, giuridici e assistenziali. La formazione e il supporto dei professionisti sanitari risultano elementi fondamentali per affrontare adeguatamente le decisioni di fine vita e garantire un'assistenza rispettosa della dignità e dei diritti dei pazienti.

Parole chiave:

Suicidio medicalmente assistito; Decisioni di fine vita; Bioetica; Ruolo infermieristico; Obiezione di coscienza; Cure palliative.

1. INTRODUZIONE

Le pratiche di un operatore sanitario che pone fine alla vita di un paziente su richiesta (eutanasia) e di un operatore sanitario che fornisce a un paziente i mezzi per porre fine alla propria vita (suicidio assistito) sono state proposte fin dalla fine del XIX secolo come mezzi per alleviare le sofferenze delle persone affette da malattie invalidanti. (Creighton C et al.,2017).

Il significato moderno del termine eutanasia ha avuto inizio nel XX^{secolo} con la crescita delle organizzazioni per il diritto a morire e delle organizzazioni per l'eutanasia volontaria che sostenevano la legalizzazione della pratica (Cohen J.,2020).

L'etichettatura e le definizioni legali di eutanasia o PAS variano da paese a paese e sono dibattute (Emanuel EJ et al.,2016). Vari termini sono usati per riferirsi alle pratiche di morte assistita, tra cui: eutanasia, PAS, suicidio medicalmente assistito, morte assistita dal medico, morte assistita volontaria (VAD), aiuto medico a morire e aiuto medico a morire. Il termine morte assistita dal medico è usato frequentemente, in particolare in Europa (Dugdale LS et al.,2019). Il significato e l'uso di questi termini non sono coerenti o universalmente concordati, il che si traduce in una confusione continua e si aggiunge alla controversia che li circonda (Marcoux I et al.,2007) (Braverman DW et al.,2017).

Negli Stati Uniti è in corso un dibattito su quale termine sia più appropriato per riferirsi alla morte assistita. Il termine PAS è stato comunemente usato, tuttavia, c'è stato uno spostamento verso l'uso dell'aiuto medico a morire e si riscontra più frequentemente nella letteratura scientifica e nella legislazione, insieme al termine morte con dignità (Death with dignity.,2020). Il termine "medical-aid-in-dying" (MAiD) si riferisce sia all'eutanasia che al suicidio assistito ed è comunemente utilizzato in Canada, dove sia un medico che un infermiere specializzato sono autorizzati a svolgere tali pratiche (Canada, Health Canada.,2018). In Australia, il termine VAD si usa per la pratica del suicidio assistito e la legge dà priorità al PAS rispetto all'eutanasia. Gli operatori sanitari possono ricorrere all'eutanasia solo quando il paziente presenta una condizione medica che esclude il PAS.

La variazione e la confusione associate alla terminologia del suicidio assistito sono probabilmente influenzate e aggravate da una serie di fattori, tra cui l'uso di qualificatori,

come attivo e passivo quando si parla di eutanasia, il desiderio di evitare termini come eutanasia e suicidio sulla base di preoccupazioni che siano moralmente o emotivamente carichi o inaccurati, e termini sovrapposti o ambigui come assistenza medica al suicidio, che potrebbero essere usati per fare riferimento sia alla PAS che all'eutanasia. La ricerca ha indicato che gli atteggiamenti pubblici sul suicidio assistito sono radicati nelle tradizioni culturali, religiose e spirituali e nell'esperienza storica, il che probabilmente influisce anche sulla terminologia usata per fare riferimento a queste pratiche all'interno del contesto socio-culturale in varie giurisdizioni (Schweda M et al.,2017).

Chiarita la complessità terminologica e concettuale che caratterizza il suicidio medicalmente assistito, risulta necessario collocare tale fenomeno nel contesto della medicina contemporanea e delle trasformazioni demografiche che hanno ridefinito il fine vita.

Sono attualmente disponibili trattamenti efficaci per i pazienti affetti da patologie progressive e gravemente invalidanti. Questi progressi hanno prolungato la vita di molti pazienti e, in molti casi, ne hanno migliorato la qualità della vita (QoL). Tuttavia, ci sono momenti in cui questi stessi trattamenti possono semplicemente prolungare il processo di morte, portando ad un aumento della sofferenza e dei costi anziché migliorare realmente la vita (Sallnow L et al.,2022).

L'invecchiamento della popolazione mondiale rappresenta uno dei cambiamenti demografici e sociali più significativi del XXI secolo (Ismail Z et al.,2021). Tuttavia, con l'invecchiamento della società, le implicazioni per la salute pubblica, i sistemi sanitari e le economie diventano sempre più complesse. L'aumento dell'aspettativa di vita è spesso accompagnato da un aumento delle malattie croniche come malattie cardiovascolari, cancro, diabete e condizioni neurodegenerative come il morbo di Alzheimer (Guo J et al.,2022). Queste malattie non trasmissibili rappresentano ora la maggior parte dei decessi in tutto il mondo e colpiscono in modo sproporzionato le popolazioni più anziane (Divo MJ et al.,2014).

Inoltre, con l'aumentare della vita, molte persone sperimentano la multimorbilità, ovvero la coesistenza di due o più condizioni croniche, che complica il trattamento e la gestione dell'assistenza, portando a costi sanitari più elevati e a una maggiore domanda di assistenza a lungo termine (Pennisi F et al.,2024; Pennisi F et al.,2025). Il dolore, la

sofferenza, il declino funzionale e cognitivo associati alla malattia e le esperienze associate di perdita di dignità e autonomia motivano alcune persone a desiderare una morte accelerata (Dierickx S. et al., 2019; Chambaere K & Cohen J.,2017). Il crescente dibattito pubblico sull'autonomia del paziente, la qualità della vita e ciò che costituisce una "buona morte" stanno influenzando anche la percezione e il sostegno alla legislazione sul suicidio assistito in un numero crescente di paesi.

Le situazioni di fine vita rimangono altamente controverse nell'ambito della bioetica contemporanea, e la neurologia è in prima linea in questo dibattito. La maggior parte dei casi affrontati dalle aule di tribunale e dall'opinione pubblica italiana sono neurologici, compresi quelli di Piergiorgio Welby (Welby P.,2006), Eluana Englaro (Viceconte N.,2018), Fabiano Antoniani (AAVV.,2020), Federico Carboni (Chieffi L.,2024) e tutti coloro che successivamente hanno richiesto l'accesso al suicidio assistito - PAS.

L'inarrestabile avanzamento tecnico della medicina moderna e il ruolo sempre più centrale del diritto all'autodeterminazione del paziente stanno generando scenari bioetico-giuridici complessi che richiedono la capacità di adattamento dei sistemi legislativi per garantire soluzioni realmente adeguate alle nuove priorità della società (Sallnow et al.,2022). L'ampliamento della tutela dell'autodeterminazione sanitaria ha infatti portato a una profonda ridefinizione della sacralità e dell'inalienabilità della vita, sostenendo l'autonomia di scelta personale in tutte le fasi dell'esistenza e legittimando decisioni drastiche sia in quelle iniziali (o anche solo potenziali) (Savulescu J.,2002), che in quelle finali (van Wijngaarden E et al., 2015).

Tuttavia, l'introduzione del diritto a morire e il mantenimento della dignità per i malati terminali hanno visto cambiare opinioni e richieste di suicidio assistito.

Hendry et al 2013, Monteforte-Royo et al 2012 e Rodriguez-Prat et al 2017, hanno scoperto che le richieste altamente individualizzate di suicidio assistito da parte dei pazienti e delle loro famiglie erano sempre più innescate da paure o dalla presenza di una perdita di dignità. Tra queste rientrano il deterioramento fisico irreversibile, l'immobilità, l'incontinenza; l'incapacità di gestire le attività quotidiane; limitazioni o perdita di indipendenza e autonomia; e/o compromessi nei propri ruoli personali, familiari, professionali e sociali. (Hendry M et al.,2013; Royo C et al.,2012; Rodríguez-Prat A et al.,2017).

Rodriguez-Prat e van Leeuwen 2018 hanno rivelato che i concetti di dignità nel dibattito sulla morte assistita non sono statici, ma dinamici, complessi, altamente personalizzati, socialmente informati e dipendenti dal contesto, suggerendo che questi concetti evolvono nel corso di una malattia e in diverse circostanze assistenziali, sanitarie, sociali, relazionali e personali. A loro volta, questi postulati richiedono uno studio olistico, longitudinale e personalizzato della dignità. Tuttavia, tali studi sono stati limitati. (Rodriguez-Prat & van Leeuwen.,2018).

A livello globale, il tema della morte assistita è stato oggetto di intenso dibattito per decenni in ambito medico, etico e legale (Van Der Heide A et al.,2003) (Zeilinger EL et al.,2005). La sua accettazione o rifiuto spesso dipende da convinzioni personali, culturali o religiose (Fontalis A et al.,2018; Cholbi MJ.,2024). La morte assistita comprende sia l'eutanasia che il suicidio assistito, che sono procedure mediche eseguite secondo criteri specifici nei paesi in cui è stata legalizzata. (Materstvedt LJ.,2022).

Gli infermieri sono operatori sanitari chiave in prima linea, mantenendo uno stretto contatto con pazienti e famiglie e collaborando con medici e altri professionisti. La loro collaborazione con i pazienti è fondamentale per un'assistenza di alta qualità. Pertanto, le opinioni degli infermieri sulle complesse questioni di fine vita possono influenzare le politiche, soprattutto nelle regioni che stanno valutando modifiche legislative. Nonostante il loro ruolo centrale, gli infermieri sono stati sottorappresentati nei dibattiti sulla morte assistita. Questa è un'occasione persa, poiché le loro intuizioni uniche e la loro esperienza in prima linea potrebbero arricchire notevolmente queste discussioni. (Elmore J et al.,2018; Terkamo-Moisio A et al.,2017; Hol H et al.,2023).

Le decisioni di fine vita (EoL) rappresentano alcuni degli aspetti eticamente più complessi e carichi di significato emotivo dell'assistenza sanitaria. Queste decisioni comprendono un'ampia gamma di pratiche, tra cui la mancata attivazione o l'interruzione di trattamenti di sostegno vitale, l'eutanasia, il suicidio assistito (PAS), la sedazione palliativa e altre questioni correlate come la pianificazione anticipata delle cure (ACP) (Samanta A & Samanta J.,2005) (Donahue N.,2021). Comprendere gli atteggiamenti dei medici, degli infermieri e del pubblico in generale nei confronti delle decisioni di fine vita è fondamentale perché aiuta ad allineare l'assistenza fornita con i valori e le preferenze personali dei pazienti e dei loro assistenti (Ang GC et al.,2016; Chambaere K et al.,2018).

Gli operatori sanitari (HCP), come medici e infermieri, sono direttamente coinvolti nel processo decisionale di fine vita e spesso si trovano a guidare i pazienti e le loro famiglie attraverso scelte complesse e impegnative (Michelson KN et al.,2013). Le prospettive e le decisioni prese da questi professionisti non si formano in modo isolato, ma sono plasmate da vari fattori, tra cui le loro convinzioni personali, i valori etici o religiosi e il contesto culturale in cui sono cresciuti (Silva MAP et al.,2023; Sprung CL et al.,2024). Inoltre, le loro esperienze in diversi contesti sanitari, indipendentemente dal fatto che tali contesti sanitari diano priorità all'estensione della vita, alle cure palliative o a un approccio incentrato sul paziente, possono anche influenzare diversi punti di vista su come affrontare al meglio le questioni di fine vita (Alanazi MA et al.,2024).

Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nelle cure di fine vita, in quanto professionisti sanitari che spesso si trovano al capezzale del paziente in quegli ultimi momenti e sono tenuti a rispondere alle domande che la famiglia potrebbe avere anche molto tempo dopo che l'équipe medica ha completato la sua parte della procedura (Browall, M. et al.,2014).

Comprendere le esperienze globali degli infermieri nella transizione al suicidio assistito come opzione di cura di fine vita consentirà l'implementazione di strategie volte a supportare gli infermieri che, a seguito di una nuova legislazione, devono considerare il loro ruolo nella VAD. Ricerche emergenti suggeriscono che la VAD potrebbe rappresentare una crisi esistenziale per gli infermieri che, pur empatizzando con il desiderio di una buona morte, sono preoccupati per l'etica della morte non naturale pianificata (Bellens M. et al.,2020; Denier, Y. et al.,2009). Sebbene la pratica infermieristica nella VAD migliori con l'esperienza, l'impatto emotivo non diminuisce nel tempo (Denier Y. et al.,2010; Elmore, J. et al.,2018).

1.1 INQUADRAMENTO CONCETTUALE: DIFFERENZE TRA EUTANASIA E SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

La variazione terminologica nel suicidio assistito è più di una questione semantica: può influenzare il modo in cui le pratiche vengono percepite, regolamentate e fornite nei sistemi sanitari. Il linguaggio gioca un ruolo determinante nel plasmare il discorso

pubblico, gli atteggiamenti professionali e le decisioni politiche. Termini come eutanasia, suicidio assistito o assistenza medica al suicidio hanno connotazioni culturali e normative distinte che possono influenzare la comunicazione clinica, l'interpretazione giuridica e l'accettazione sociale. Queste differenze possono anche distorcere le pratiche di reporting e ostacolare il confronto internazionale di dati e risultati. Da una prospettiva di salute pubblica, la variazione terminologica tra quadri giuridici, linee guida cliniche, letteratura accademica e discorso pubblico può contribuire a distorsioni strutturali plasmando la percezione di accettabilità e legittimità. Sebbene le prove empiriche dirette siano scarse, studi sperimentali indicano che l'atteggiamento degli intervistati nei confronti del suicidio assistito può essere influenzato dalla formulazione e dall'ordine delle domande, suggerendo che il modo in cui queste pratiche vengono descritte potrebbe influenzare sia l'opinione pubblica che l'interpretazione delle politiche (Magelssen, M et al.,2016). Poiché i confronti internazionali stanno diventando sempre più rilevanti, è essenziale sviluppare una terminologia chiara e coerente, non solo per una sorveglianza e una ricerca affidabili, ma anche per supportare lo sviluppo di politiche eticamente coerenti, trasparenti e culturalmente sensibili.

La differenza tra eutanasia e suicidio assistito è che in quest'ultimo, il paziente compie l'azione finale; tuttavia, entrambe le pratiche possono essere combinate nel termine morte assistita (Parreiras M et al.,2016).

L'eutanasia è definita come un atto intrapreso da un medico o da un infermiere specializzato per porre fine intenzionalmente alla vita di una persona su sua richiesta. Il suicidio assistito è definito come l'atto di aiutare un'altra persona a porre fine volontariamente alla propria vita, in genere fornendo o facilitando l'accesso a mezzi che possono essere utilizzati per causare la morte, come dallo studio di Bellens M del 2020 condotto in Belgio (Materstvedt LJ.,2022; Bellens M et al.,2020).

La parola eutanasia deriva dal greco “eu” che significa buono, e dalla parola “thanatos” che significa morte; pertanto, il significato etimologico di questa parola è “buona morte”. Nel tempo l'evoluzione del significato è variata; anche come vedremo di seguito è stata considerata una forma di sradicamento di persone categorizzate sotto la designazione di coloro che conducono una vita meno dignitosa. 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 nel contesto dell'assistenza sanitaria e quindi definito assistito. Questa assistenza è fornita da un medico formato nel settore. Tuttavia, richiede il previo coordinamento di un'équipe multidisciplinare e persino la valutazione da parte di un comitato etico per determinare che il paziente stia esercitando piena autonomia, libero dalla coercizione della situazione che sta vivendo e libero dai desideri fatalistici di una malattia psichiatrica. In senso più letterario, il termine eutanasia significa "dare la morte a una persona che la chiede liberamente per liberarsi da una sofferenza irreversibile e che la persona stessa considera intollerabile" (Meana PR.,2012).

L'eutanasia si applica in due modi: attiva o passiva. Nell'eutanasia attiva, una persona (generalmente un medico) somministra un farmaco, come un sedativo o un rilassante neuromuscolare, per porre fine intenzionalmente alla vita di un paziente su esplicita richiesta del paziente mentalmente capace. L'eutanasia passiva si verifica quando un paziente soffre di una malattia incurabile e decide di non ricorrere a trattamenti di prolungamento della vita, come la nutrizione o l'idratazione artificiale (Nunes R & Rego G.,2016; Chao DVK et al.,2002; Reis de Castro MP et al.,2016).

Alcuni autori approfondiscono la definizione e ritengono che per il significato di eutanasia siano necessari elementi essenziali nella parola stessa, come il fatto che si tratti di un atto che mira a provocare la morte e che viene compiuto per eliminare la sofferenza nella persona che sta morendo. Altri elementi di carattere secondario nella definizione sono il consenso del paziente (che deve essere concesso nel rispetto dell'autonomia e della libertà in senso positivo e negativo; ciò significa che il fatto non deve essere in alcun modo coercitivo). Un altro elemento è la natura terminale della malattia, con un esito irreversibile che genera precarietà e perdita di dignità. Il terzo elemento secondario è l'assenza di dolore per la morte attraverso l'uso di farmaci come analgesici ad alta potenza, inclusi gli oppioidi, miorilassanti ad alta potenza e persino farmaci anestetici. Infine, l'ultimo elemento è il contesto sanitario in cui viene compiuto l'atto (essenziale in alcune legislazioni per essere considerato eutanasia) (Carrasco MVH & Crispi F.,2016).

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'unione di queste due componenti costituisce l'attuale definizione di eutanasia, che la descrive come "l'azione compiuta da una persona per causare la morte indolore di un altro soggetto, o non impedire la morte

in caso di malattia terminale o coma irreversibile. Inoltre, con l'esplicita condizione che il paziente debba soffrire fisicamente, emotivamente o spiritualmente e che la sofferenza sia incontrollabile con misure convenzionali come trattamenti medici, analgesici, tra gli altri; allora l'obiettivo dell'eutanasia è quello di alleviare questa sofferenza". Sfortunatamente, il termine eutanasia è stato abusato nel corso degli anni e altre pratiche sono state denominate con questa parola. Un esempio di questa situazione si è verificato durante la tirannia nazista, quando il termine eutanasia si riferiva all'omicidio di persone con disabilità, disturbi mentali, basso status sociale o persone omosessuali. A quel tempo, l'eutanasia era persino una pratica simultanea al genocidio ebraico.

Non solo il termine è stato abusato, ma esiste anche un'enorme variabilità di termini per riferirsi all'eutanasia. Ad esempio, le leggi create per regolamentare l'eutanasia hanno nomi diversi in tutto il mondo; nei Paesi Bassi (Olanda), la legge che regola questa pratica è nota come legge sulla cessazione della vita; in Belgio, si chiama legge sull'eutanasia, anche in Francia. In Oregon (USA), si chiama legge sulla morte con dignità; in California, legge sull'opzione di fine vita. In Canada si chiama legge sull'assistenza medica al morire. Victoria (Australia) ha la legge sul suicidio assistito volontario, ma tutte queste denominazioni si riferiscono al termine già noto eutanasia (Castellón VM.,2020).

Anche nel contesto italiano la terminologia assume una rilevanza centrale, poiché il lessico utilizzato riflette l'assetto normativo e giurisprudenziale vigente.

Il seguente inquadramento terminologico fornisce una serie di definizioni per migliorare la chiarezza e l'uso di un linguaggio coerente nel dibattito bioetico sull'eutanasia, sul PAS e argomenti correlati.

Morte assistita: Termine generico che si riferisce sia all'eutanasia che alla PAS. In accordo con l'attuale posizione dell'American Academy of Neurology (AAN) (Russell JA et al.,2018), suggeriamo di evitare l'uso di questo termine, poiché potrebbe essere erroneamente interpretato come inclusione dell'assistenza fornita dalle cure palliative (Palliative Care) durante il processo di morte.

Eutanasia: L'atto di procurare intenzionalmente la morte immediata da parte di un professionista sanitario, mediante la somministrazione di farmaci, ad un individuo competente e informato che ne ha fatto liberamente richiesta.

Suicidio assistito dal medico (PAS): “Un medico che aiuta intenzionalmente una persona a porre fine alla propria vita fornendo farmaci per l’auto-somministrazione, su richiesta volontaria e competente della persona” (Huffman JL & Harmer B.,2023).

Morte volontaria assistita (VAD): È definita come la scelta attiva e intenzionale di una persona di porre fine alla propria vita in un contesto di malattia terminale e/o grave sofferenza. Questo termine comprende sia la PAS che l'eutanasia (Huffman JL & Harmer B.,2023).

1.2 FONDAMENTI BIOETICI DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

I dibattiti etici relativi all'assistenza al suicidio sono complessi e persistenti. I sostenitori sostengono che queste pratiche preservano l'autonomia e l'autodeterminazione dell'individuo durante la fine della vita e consentono alle persone di scegliere una morte dignitosa.

I sostenitori sostengono inoltre che l'eutanasia e il suicidio assistito siano occasionalmente l'unica opzione per alleviare sofferenze insopportabili e che la qualità della vita abbia la precedenza sulla quantità di vita. I sostenitori citano il suicidio assistito come un'opzione importante nella cura di coloro che stanno morendo, un'opzione in cui i medici possono facilitare la morte in un modo sicuro che il suicidio con altri metodi non può. Al contrario, gli oppositori sostengono che le pratiche di eutanasia e suicidio assistito violano il codice medico e il giuramento di Ippocrate che tutti i medici prestano, danneggiano il rapporto medico-paziente e minano la fiducia del pubblico nel sistema sanitario. Essi sostengono che la sofferenza, per quanto insopportabile, può essere alleviata con adeguate cure palliative e/o sedazione terminale e avvertono che le popolazioni vulnerabili, compresi gli svantaggiati e i disabili, saranno spinte verso una morte prematura. Si incontra spesso anche l’opposizione religiosa, spesso basata sul principio della sacralità della vita (Cohen J.,2020; Dugdale LS et al.,2019).

L’argomento della “discesa scivolosa” è utilizzato anche dagli oppositori che suggeriscono che un’espansione inevitabile e indesiderata avrà luogo una volta che l’eutanasia e/o il suicidio assistito saranno legalizzati e che le pratiche risulteranno in

errori, abusi e violazioni dei diritti delle popolazioni vulnerabili (Lerner BH & Caplan AL.,2015; Appelbaum PS.,2017).

Alcuni dei dibattiti più accesi si concentrano sulla morte assistita per i membri di gruppi vulnerabili, tra cui coloro che soffrono di demenza o malattie mentali croniche, disabilità, anziani, minori, minoranze, coloro che sono socio economicamente vulnerabili o sono semplicemente "stanchi della vita" (Emanuel EJ et al.,2016).

Gran parte del recente acceso dibattito si è concentrato sulla complessa questione delle richieste di morte assistita da parte di coloro che soffrono di disturbi psichiatrici e mentali, a volte attraverso l'uso di una direttiva anticipata sull'eutanasia. La controversia spesso ruota attorno al fatto che i disturbi psichiatrici sono un'indicazione per la morte assistita, al ruolo della malattia mentale nel motivare le richieste di morte assistita, alla capacità decisionale e alla competenza di coloro che presentano le richieste e a ciò che costituisce "incurabile" o "irrimediabile" nel contesto delle condizioni psichiatriche. L'uso dell'eutanasia per alleviare la sofferenza insopportabile causata da un disturbo psichiatrico o da demenza è attualmente consentito solo nei Paesi Bassi, in Belgio e in Lussemburgo. Poiché la ricerca ha mostrato un aumento dei casi di eutanasia in questo gruppo dal 2008, ci sono particolari preoccupazioni legate all'accertamento della capacità mentale e della volontarietà della richiesta e alle maggiori richieste psicologiche per gli operatori sanitari coinvolti in questi casi (Sheehan K et al.,2017; Dierickx S et al.,2017).

Il desiderio di accelerare la morte solleva importanti preoccupazioni etiche ed è correlato a principi etici che si intrecciano nel campo dell'etica medica, in particolare nel contesto delle cure di fine vita e del processo decisionale. Nonostante la tradizionale rilevanza attribuita ai quattro pilastri principali della bioetica e dell'etica medica (vale a dire i principi etici di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia), altri principi etici, come dignità, fedeltà e vulnerabilità, hanno dimostrato di essere fondamentali nelle cure di fine vita. Questi ultimi principi etici aiutano gli operatori sanitari e i caregiver a comprendere meglio e dare priorità all'autonomia dei pazienti, rispettando i loro desideri (Finlay IG.,2022; Hold JL.,2017; Spoljar D et al.,2020). Inoltre, è importante riconoscere l'importanza di fornire cure compassionevoli e olistiche, affrontando i bisogni fisici, emotivi e spirituali dei pazienti e dei loro cari. Ciò richiede l'istituzione di un piano di cura incentrato sulla persona che fornisca cure di fine vita di alta qualità, rispetti

l'autonomia e la dignità dei pazienti e offrire conforto e supporto nei momenti difficili. Infatti, abbracciare pratiche cliniche olistiche e l'integrità umana sono fondamentali quando si assiste pazienti con malattie potenzialmente letali e/o limitanti la vita. (Akdeniz M et al.,2021; Kreimeke K et al.,2021; Muñoz Terrón JM.,2021).

L'autonomia è un principio etico fondamentale nell'assistenza sanitaria e un principio fondamentale nel processo decisionale etico nelle cure palliative e di fine vita (Ulrich CM et al.,2010; Houska A & Loučka M.,2019). Riconosce che i pazienti hanno il diritto di decidere in merito al loro trattamento medico e alle loro cure, incluso accettare o rifiutare terapie mediche, interrompere trattamenti di sostegno vitale o richiedere assistenza medica per morire in base ai loro valori e obiettivi (Hernández-Marrero P et al.,2019; Hendry M et al.,2013).

Gli operatori sanitari dovrebbero rispettare e sostenere l'autonomia dei pazienti fornendo loro informazioni pertinenti, assicurando la loro comprensione e coinvolgendoli nel processo decisionale. L'autonomia è una pietra angolare nell'etica delle cure palliative e di fine vita per la sua rilevanza e implicazioni, in particolare in termini di anticipazione di situazioni e decisioni per il futuro al fine di soddisfare i desideri e le preferenze dei pazienti per le cure (Martins Pereira S et al.,2018; Engelhardt B.,2022).

L'autonomia è considerata il diritto del paziente all'autodeterminazione. Ogni individuo ha il diritto di decidere quale tipo di assistenza ricevere e di vedere rispettate tali decisioni. Il rispetto dell'autonomia del paziente è uno dei principi fondamentali dell'etica medica. Questo principio sottolinea la tutela da parte dei medici del diritto all'autodeterminazione dei propri pazienti, anche per i pazienti che hanno perso la capacità di prendere decisioni. Tale tutela può essere ottenuta utilizzando in modo appropriato le direttive anticipate di trattamento (DA) (Crane MK et al.,2005; Ornek Buken N.,2016).

Le dichiarazioni anticipate derivano dai principi etici dell'autonomia del paziente. Si tratta di istruzioni orali e/o scritte sulle future cure mediche di un paziente nel caso in cui perda la capacità di comunicare e di prendere decisioni per qualsiasi motivo. Le dichiarazioni anticipate compilate da una persona competente includono solitamente testamenti biologici, procure sanitarie e ordini di "non rianimazione" (DNR). Un testamento biologico è un documento scritto in cui una persona competente fornisce istruzioni in merito alle preferenze in materia di assistenza sanitaria e alle sue preferenze per interventi

medici, come i sondini per l'alimentazione, che possono essere applicati al paziente durante le cure di fine vita. Le dichiarazioni anticipate di un paziente entrano in vigore quando il paziente perde la capacità decisionale. Un procuratore sanitario (chiamato anche agente sanitario o procura per l'assistenza sanitaria) è la persona nominata dal paziente per prendere decisioni per suo conto quando perde la capacità di prendere decisioni. Un procuratore sanitario è considerato il rappresentante legale del paziente in una situazione di grave compromissione medica (Kessler DP & McClellan MB.,2004; Mahon MM.,2011). La responsabilità del delegato sanitario è decidere cosa vorrebbe il paziente, non cosa vuole il delegato (Centro di Bioetica, Università del Minnesota).

Fino al compimento del 18° anno di età, i genitori o i tutori legali del paziente fungono solitamente da rappresentanti sanitari. Dopo il compimento del 18° anno di età, possono legalmente nominare un proprio rappresentante sanitario. I rappresentanti possono essere un familiare, un amico o un'altra persona. I rappresentanti prendono decisioni su trattamenti, procedure e supporto vitale. Anche se i loro desideri sono diversi da quelli del paziente, i rappresentanti devono tenere conto delle possibili preferenze del paziente, non delle proprie o di quelle di chiunque altro, quando prendono decisioni per conto del paziente. Alla fine della vita, la priorità nel prendere decisioni spetta al paziente. Se il paziente ha perso la capacità di prendere decisioni, le decisioni vengono prese in base alla sua eventuale AD. L'assistenza sanitaria per procura è la seconda nel processo decisionale per conto del paziente. In assenza di AD o di un delegato, la decisione spetta ai familiari. Se i familiari evitano di prendere decisioni, è l'équipe sanitaria a dover prendere una decisione. (Consiglio d'Europa.,2014).

Gli AD aiutano a garantire che i pazienti ricevano le cure desiderate e guidano i familiari dei pazienti nell'affrontare l'onere decisionale. Un altro scopo degli AD è limitare il ricorso a cure costose, invasive e inutili non richieste dai pazienti. Le ricerche dimostrano che gli AD migliorano la qualità delle cure di fine vita e ne riducono l'onere assistenziale senza aumentare la mortalità (Detering KM et al.,2010).

In molti paesi, il diritto delle persone all'autodeterminazione è una garanzia legale. Il "diritto all'autodeterminazione" di ogni paziente richiede il consenso informato in termini di intervento medico e trattamento. Un paziente ha sia il "diritto di chiedere l'interruzione del trattamento" (ad esempio l'interruzione del supporto vitale) sia il "diritto di rifiutare

del tutto il trattamento"; l'esercizio di questi diritti è strettamente dipendente dalla persona (Cavaliere TA.,2001).

In molti Paesi, il diritto delle persone competenti a esprimere autonomamente le proprie preferenze terapeutiche nelle cure di fine vita dovrebbe essere tutelato con rispetto etico, tenendo conto dell'uso di trattamenti avanzati e della prognosi della malattia. Tuttavia, questa autonomia presenta alcuni limiti. Le decisioni prese da un paziente non dovrebbero danneggiarlo. È importante che gli operatori sanitari rispettino l'autonomia del paziente e adempiano ai propri doveri per il bene dei pazienti senza danneggiarli (Karnik S & Kanekar A.,2016).

La beneficenza richiede ai medici di difendere l'intervento più utile per un dato paziente. Spesso, i desideri dei pazienti in merito alle cure di fine vita non vengono espressi tramite AD e gli operatori sanitari e i familiari dei pazienti potrebbero non essere a conoscenza dei loro desideri in merito alle cure di fine vita (Thorns A.,2010). Se un paziente non è in grado di prendere decisioni, o se il paziente non ha precedentemente documentato i propri desideri nel caso in cui diventi malato terminale, la decisione di fine vita viene presa dal medico del paziente a seguito di consultazioni con il paziente stesso, i suoi familiari o il suo delegato sanitario. In questa situazione, la responsabilità del medico che si prende cura del paziente morente dovrebbe essere quella di promuovere gli approcci che incoraggiano l'erogazione della migliore assistenza disponibile al paziente (McDaniel SH et al.,2005; Ornek Buken N.,2016).

La non-maleficenza è il principio di astenersi dal causare danni inutili. Questo principio riguarda una massima fondamentale della buona assistenza medica: *Primum non nocere* (ovvero, prima di tutto, non nuocere). Sebbene alcuni interventi medici possano causare dolore o danni, la non-maleficenza si riferisce alla giustificazione morale alla base del danno causato. Il danno può essere giustificato se il beneficio dell'intervento medico è maggiore del danno per il paziente e l'intervento non è destinato a danneggiare il paziente (Pinho-Reis C et al.,2018).

Per rispettare questi principi di beneficenza e non maleficenza, gli operatori sanitari devono conoscere i loro ruoli e responsabilità nelle cure di fine vita. Il principio etico di giustizia mira a garantire un'equa distribuzione delle risorse sanitarie e richiede imparzialità nell'erogazione dei servizi sanitari. Le risorse mediche sono spesso limitate

e dovrebbero quindi essere distribuite in modo equo ed equo. È già necessario valutare l'allocazione delle terapie mediche avanzate per evitare un uso non necessario di risorse limitate. Gli operatori sanitari hanno l'obbligo etico di promuovere un trattamento equo e appropriato dei pazienti alla fine della vita. Questo obiettivo può essere raggiunto attraverso una buona formazione e la conoscenza di migliori risultati terapeutici.

Il principio di fedeltà richiede ai medici di essere onesti con il paziente morente riguardo alla prognosi e alle possibili conseguenze della malattia. Dire la verità è fondamentale per rispettare l'autonomia. La maggior parte dei pazienti desidera avere piena conoscenza della propria malattia e delle sue possibili conseguenze, ma questo desiderio può diminuire con l'avvicinarsi della fine della vita. Alcuni pazienti potrebbero non voler ricevere informazioni sulla propria malattia. I medici dovrebbero essere in grado di determinare le preferenze informative dei loro pazienti e, con onestà ma sensibilità, fornire loro tutte le informazioni accurate che desiderano. Avere efficaci capacità di comunicazione incentrate sul paziente aiuta i medici a comprendere e soddisfare le esigenze dei loro pazienti (Ngo-Metzer Q et al.,2008).

Come principio etico fondamentale, la dignità rappresenta il valore intrinseco e il rispetto per l'uguaglianza di tutti gli individui come esseri umani, indipendentemente dalle loro circostanze, età, genere, etnia, stato socioeconomico o condizioni di salute (Rodríguez-Prat A et al.,2017; Rodríguez-Prat A & van Leeuwen E.,2018). La dignità comprende l'idea che tutti meritano di essere trattati con rispetto, equità e compassione e solleva la necessità di valorizzare le prospettive e le esperienze uniche dei pazienti. Garantisce che il benessere fisico, emotivo e psicologico dei pazienti sia prioritario e onorato (Quah ELY et al.,2023).

Tra tutte le questioni contemporanee nel mondo occidentale che coinvolgono il concetto di dignità, sicuramente uno degli esempi più evidenti è la controversa questione della legalizzazione e depenalizzazione della morte assistita.

Nel feroce dibattito sulla dignità, molti autori sottolineano l'uso paradossale del concetto per sostenere posizioni contraddittorie sulle pratiche dell'eutanasia e del suicidio assistito.

Questa antilogia non è certamente priva di rilevanza per la posizione dei molti autori che lamentano la multivocità, l'ambiguità, la mancanza di chiarezza e "plasticità" della

dignità e la mancanza di consenso riguardo al suo contenuto (Martineau I et al.,2024), o che arrivano fino a ritenerla del tutto priva di significato (Muders S.,2017). Per questo motivo, alcuni suggeriscono addirittura di eliminare i riferimenti alla dignità in ogni riflessione etica e clinica e di attenersi a concetti quali il rispetto dell'autonomia o il rispetto dell'individuo, che ritengono essere guide più efficaci, soprattutto per quanto riguarda le questioni di fine vita, tra cui la morte medicalmente assistita (Macklin R.,2003; McCormick T.,2013; Pinker S.,2008; Rosen M.,2013).

Tuttavia, queste esortazioni a ignorare il concetto di dignità hanno portato a diverse argomentazioni che ne riaffermano la rilevanza. Mentre alcuni autori sottolineano o deplorano la polisemia del termine "dignità" (Rigaux F.,2001; La Ricot J.,2019), per altri, i molteplici modi in cui la dignità è stata concettualizzata possono essere fonte di fecondità e un incentivo a proseguire la discussione sull'argomento (McCrudden C.,2013; Gandsman A & Burnier D.,2014).

La vulnerabilità si riferisce generalmente a uno stato o a una condizione di suscettibilità al danno. Spesso deriva da fragilità fisica, emotiva e psicologica e da fattori sociali che minano la capacità degli individui di proteggersi o di esprimere autonomia. Definire le persone o le popolazioni vulnerabili si è rivelato più difficile del previsto. Nel contesto dell'assistenza sanitaria, la vulnerabilità può manifestarsi in molti modi, tra cui le esperienze di malattia, infortunio, disabilità e persino danni emotivi degli individui. I determinanti sociali della salute, come la povertà, la mancanza di una casa o la discriminazione, possono potenziare la vulnerabilità e creare ulteriori barriere all'accesso all'assistenza sanitaria e al supporto. In alcuni casi, i principi bioetici di vulnerabilità e autonomia sembrano opposti. Tuttavia, stabilire una dicotomia tra questi due principi etici porta a situazioni in cui entrambi i principi non possono essere conciliati. In effetti, la vulnerabilità conduce in ultima analisi all'instaurazione di un'autonomia relazionale, dove vulnerabilità e autonomia non si contrappongono tra loro. (Hurst SA.,2008; Morberg JS.,2022; Kipnis K.,2001).

1.3 PROFILI EPIDEMIOLOGICI E CARATTERISTICHE CLINICHE DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

Le pratiche di suicidio assistito e le loro conseguenze sono state studiate per quasi trent'anni. Mentre l'eutanasia e il suicidio assistito rimangono controversi e i dibattiti sociali e legislativi continuano, oltre 200 milioni di persone in tutto il mondo vivono ora in giurisdizioni che consentono una qualche forma di suicidio assistito e molti altri stati e paesi stanno prendendo in considerazione la legalizzazione (Dierickx S & Cohen J.,2019; Emanuel EJ et al.,2016). Mentre le caratteristiche della pratica variano a seconda della giurisdizione e le leggi esistenti richiedono un attento monitoraggio, coloro che non hanno leggi possono beneficiare delle esperienze degli altri per alimentare il dibattito sociale e i dati della ricerca continuano a essere imperativi.

Gli studi indicano che il dolore non è in genere la motivazione principale per la richiesta di eutanasia o suicidio assistito; un controllo inadeguato del dolore è stato osservato in meno del 33% dei pazienti. La perdita di autonomia, la diminuzione della qualità della vita e la perdita di dignità sono i fattori più frequentemente associati alle richieste di suicidio assistito. La perdita di dignità è identificata come base per le richieste nel 61% dei casi nei Paesi Bassi e nel 52% in Belgio (Al Rabadi L et al.,2019).

I pazienti che richiedono l'eutanasia o il suicidio assistito muoiono più spesso di cancro (60-100% dei casi), sebbene una percentuale inferiore sia stata osservata in Svizzera (38-47%). Altre condizioni associate alle richieste includono la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), la sclerosi multipla, le malattie cardiovascolari e la sindrome da immunodeficienza. Sebbene vi siano alcune variazioni da paese a paese, la ricerca indica che il paziente tipico che riceve eutanasia o suicidio assistito è bianco, altamente istruito e di sesso maschile, di età compresa tra 60 e 85 anni (Steck N et al.,2013).

Nei paesi in cui sia l'eutanasia che il suicidio assistito sono opzioni legali, l'eutanasia è molto più frequentemente richiesta (Dierickx S et al.,2020; Borasio GD et al.,2019). Uno studio nei Paesi Bassi ha indicato che nel 75% dei casi, l'eutanasia è stata preferita (Onwuteaka-Philipsen BD et al.,1997).

Le informazioni sulla frequenza dell'eutanasia e della morte assistita si ottengono tramite la segnalazione obbligatoria, che fa parte dei requisiti procedurali della legge (Emanuel EJ et al.,2016).

Jurisdiction	Euthanasia and/or PAS?	Year of latest known number of deaths	Number of deaths by euthanasia and/or PAS	Percentage of all deaths
Europe				
Switzerland	PAS	2015	965	1.4%
Netherlands	Euth and PAS	2018	6,126	4.0%
Belgium	Euth (PAS condoned)	2018	2,357	2.1%
Luxembourg	Euth and PAS	2018	8	a
America				
Canada	Euth and PAS	2018	2,614(b)	1.1%
Colombia	Euth and PAS	a	a	a
USA				
Oregon	PAS	2018	168	0.5%
Washington	PAS	2018	203	a
Montana	PAS	a	a	a
Vermont	PAS	a	a	a
California	PAS	2018	337	0.1%
Colorado	PAS	2018	86	a
District of Columbia	PAS	a	a	a
Hawaii	PAS	2019	14	a
Maine	PAS	a	a	a
New Jersey	PAS	a	a	a
Australia				
Northern Territory	Euth and PAS	1996–1997	7	a
Victoria	Euth and PAS	a	a	a
Western Australia	Euth and PAS	a	a	a

a, data not (yet) available; b, number of medically assisted deaths in Canada provided between Jan 1 and Oct 31, 2018 (not including Quebec, NWT, YK, and NU). PAS, physician-assisted suicide.

Tab.1 Giurisdizioni con morte assistita e frequenza di eutanasia e suicidio assistito segnalati (Mroz S. et al., 2021).

Nei Paesi Bassi sono stati sviluppati studi di follow-back sulla mortalità tra i medici curanti utilizzando un campione casuale di certificati di morte, che sono stati utilizzati anche per indagare la prevalenza e le caratteristiche dell'eutanasia e del suicidio assistito in altri paesi (van der Heide A et al.,2003). Secondo i dati riportati dal governo, nei primi anni successivi alla legalizzazione nei Paesi Bassi nel 2002, il numero di casi di eutanasia si è stabilizzato a poco meno di 2.000 casi all'anno. Un aumento graduale a partire dal 2007 ha visto il numero salire a 6.585 casi nel 2017, il 4,38% del totale dei decessi (Heins M.,2019). Il tasso del 2015 secondo l'indagine olandese di follow-back sulla mortalità era del 4,6% (van der Heide A et al.,2017).

I dati di segnalazione federali belgi mostrano 2.655 casi segnalati nel 2019 (circa il 2,4%), in aumento rispetto ai 2.357 casi registrati nel 2018, il 2,1% di tutti i decessi. Tuttavia, l'uso segnalato dell'eutanasia tra i belgi di lingua olandese ha rappresentato la maggior parte dei casi (76%), con molti meno casi segnalati tra i belgi di lingua francese (24%) (EUTHANASIE – Cijfers voor het jaar., 2019). L'indagine di follow-back nella regione delle Fiandre in Belgio, che include una definizione di eutanasia più ampia rispetto al sistema di segnalazione federale, ha rilevato che la frequenza dell'eutanasia e del suicidio assistito era stimata al 4,6% di tutti i decessi nel 2013 (Chambaere K & Cohen J.,2017; Dierickx S et al.,2015).

È importante notare che la ricerca in Belgio e nei Paesi Bassi ha dimostrato che non tutti i casi di eutanasia e morte assistita vengono segnalati; quindi, queste cifre sono probabilmente sottostime dell'effettiva portata di queste pratiche. Alcuni medici che somministrano oppiacei con l'intenzione di porre fine alla vita di una persona su loro richiesta non riconoscono le loro azioni come eutanasia, e in altri casi i medici non vogliono seguire le procedure prescritte utilizzando i farmaci raccomandati perché il loro paziente non soddisfa tutte le condizioni richieste o perché trovano la procedura eccessivamente macchinosa (Dierickx S et al.,2018).

In Lussemburgo si sono verificati 11 casi di eutanasia nel 2017, pari allo 0,26% di tutti i decessi (suicidio CN de C et d'Evaluation de la loi du mars sur l'euthanasie et l'assistance au.,2017-2018).

In Canada, i decessi per eutanasia hanno rappresentato circa l'1,12% di tutti i decessi tra gennaio e ottobre 2018 (Canada, Health Canada.,2018).

In Svizzera, si è registrato un aumento costante dei casi di suicidio assistito tra i residenti svizzeri e i residenti di altri paesi (principalmente la Germania) dal 2000. Circa 150-200 persone provenienti da altri paesi si recano in Svizzera ogni anno per accedere al suicidio assistito, una pratica nota come "turismo del suicidio". Il numero annuo di casi di suicidio assistito tra i residenti svizzeri è quasi raddoppiato, passando da 500 casi nel 2012 a quasi 1.000 casi nel 2016, pari a circa l'1,5% di tutti i decessi (Bartsch C et al.,2019; Gauthier S et al.,2015). L'indagine di follow-back sulla mortalità condotta nel 2013 ha rilevato che l'1,0% di tutti i decessi è stato attribuito al suicidio assistito nella parte tedesca della Svizzera (Dierickx S et al.,2020).

Nello stato americano dell'Oregon, che ha avuto il periodo più lungo di legalizzazione del suicidio assistito, dal 1998 a giugno 2017, 1.857 persone hanno ricevuto prescrizioni per farmaci porre fine alla vita e 1.179 (64%) sono morte per averli ingeriti. I dati dell'Oregon durante gli anni 1998-2015, combinati con sette anni di registrazioni da Washington [2009-2015] indicano che il suicidio assistito ha rappresentato meno dello 0,4% di tutti i decessi e quasi tutti gli anni hanno visto un aumento delle richieste. In Oregon, il tasso effettivo di decessi su richiesta ha oscillato tra il 47,7% e l'81,8% (Hedberg K & New C.,2017).

Sebbene i medici possano utilizzare diversi tipi di farmaci per eseguire l'eutanasia e alcune normative esistenti specifichino l'uso di farmaci specifici, quelli più spesso raccomandati nelle giurisdizioni legali includono in genere una combinazione di benzodiazepine (facoltative) per rilassare il paziente, seguita da una dose elevata di un barbiturico come tiobarbital, pentobarbital o secobarbital, che in genere causa la morte, seguita da un miorelaxante, se necessario. Negli Stati Uniti, il medico spesso non è presente quando il paziente somministra i farmaci che pongono fine alla vita, di solito ingerendo un cocktail letale; tuttavia, in Belgio, Paesi Bassi e Lussemburgo, la presenza del medico è obbligatoria (Cohen J.,2020; *Death with Dignity.*, 2020; Beardsley C et al.,2018).

L'Associazione medica olandese ha pubblicato linee guida sui farmaci raccomandati e non raccomandati, rendendolo parte delle regole di condotta professionale. In Belgio, i farmacisti hanno pubblicato linee guida su prodotti e dosaggi specifici e le informazioni sulle migliori pratiche sono state diffuse dal Life End Information Forum (LEIF) nelle Fiandre, la parte di lingua olandese del Belgio (Dierickx S et al.,2018). I farmaci più comunemente usati per il suicidio assistito includono un barbiturico auto-somministrato per indurre l'incoscienza, dopo la quale la morte sopraggiunge lentamente per asfissia dovuta a depressione cardiorespiratoria (Sinmyee S et al.,2019).

1.4 IL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

L'eutanasia è attualmente legale in sette giurisdizioni: Paesi Bassi (dal 2002), Belgio (dal 2002), Lussemburgo (dal 2009), Colombia (dal 2015), Canada (dal 2016) e Victoria (dal 2017) e Australia Occidentale (dal 2019) in Australia.

Jurisdiction	Year of legislation or landmark	Type of legislation	Legal status	Label	Definitions
Europe					
Switzerland	1942	Not legislation but decriminalization of assisted suicide: article 115 of the Swiss Penal Code	Assisted suicide	Assisted suicide	Swiss penal code specifies liability only for persons who for selfish motives incites or assists another to commit or attempt to commit suicide is, if that other person thereafter commits or attempts to commit suicide, liable to a custodial sentence not exceeding five years or to a monetary penalty (sic)
The Netherlands	2002	Legislation (Law on Termination of Life on Request and Assisted Suicide)	Euthanasia and PAS	*Termination of life on request and assisted suicide	*Euthanasia - Termination of life on request (no further definition); Assisted suicide: intentionally helping another person to commit suicide
Belgium	2002	Legislation	Euthanasia; PAS (accepted by the review committee if in accordance with all due care criteria of the euthanasia law)	*Euthanasia	Intentionally terminating life by another person than the person concerned, at this person's request
Luxembourg	2009	Legislation	Euthanasia and PAS	*Euthanasia and assisted suicide	Euthanasia: the act, carried out by a doctor, which intentionally ends the life of a person at the express and voluntary request of this one; Assisted suicide: the fact that a doctor intentionally helps another person to commit suicide or provides another person with the means to do so, at the express and voluntary request of the latter
Germany	2020	Not legislation but decriminalization of assisted suicide	PAS	Detail not yet available	Detail not yet available
America					
Canada	2016	Legislation (Medical Assistance in Dying Law)	Euthanasia and PAS	*Medical Assistance in Dying	*The administering by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, that causes their death; or the prescribing or providing by a medical practitioner or nurse practitioner of a substance to a person, at their request, so that they may self-administer the substance and in doing so cause their own death
Quebec	2014	Legislation (Medical Assistance in Dying Law)	Euthanasia	*Medical Assistance in Dying	Medical aid in dying consists of a doctor administering medication to patients at the end of life, at their request, in order to relieve their suffering by bringing about their death
Colombia	1997	Court ruling	Euthanasia and PAS	*Euthanasia and assisted suicide	Euthanasia: the intentional termination of life by another person, a qualified third party, the attending physician, in a dignified and humane manner, from the request free, informed and repeated of the patient, who is suffering intense pain, continued conditions or a condition of great dependence and disability that the person considers unworthy because of terminal illness or serious bodily injury. Assisted suicide: Consists of intentionally helping or assisting another person, the patient, to commit suicide, or to provide him with the necessary means to carry out the same, from your free, informed and repeated request, when you are suffering intense pain, continued suffering or a condition of great dependence and disability that the person considers unworthy because of terminal illness or serious bodily injury

USA					
Oregon	1997	Legislation (Death with Dignity Act)	PAS	None specified	Allows terminally ill Oregon residents to end their lives through the voluntary self-administration of lethal medications, expressly prescribed by a physician for that purpose
Washington	2009	Legislation (Death with Dignity Act)	PAS	None specified	Allows terminally ill adults seeking to end their life to request lethal doses of medication from medical and osteopathic physicians
Montana	2009	Court ruling	PAS	*Physician aid in dying	Montana's Supreme Court determined that nothing in the state law prohibited a physician from honoring a terminally ill, mentally competent patient's request by prescribing medication to hasten the patient's death
Vermont	2013	Legislation (Patient Choice and Control at the End of Life Act)	PAS	None specified	Allows Vermont physicians to prescribe medication to a Vermont resident with a terminal condition with the intent that the medication be self-administered for the purpose of hastening the patient's death
California	2015	Legislation (End of Life Option Act)	PAS	*Aid-in-dying	"Aid-in-dying drug" means a drug determined and prescribed by a physician for a qualified individual, which the qualified individual may choose to self-administer to bring about his or her death due to a terminal disease
Colorado	2016	Legislation (End of Life Option Act)	PAS	*Medical aid in dying	*Medical aid in dying means the medical practice of a physician prescribing medical aid-in-dying medication to a qualified individual that the individual may choose to self-administer to bring about a peaceful death
District of Columbia	2016	Legislation (D.C. Death with Dignity Act)	PAS	None specified	*The request for and dispensation of covered medications to qualified patients seeking to die in a humane and peaceful manner
Hawaii	2018	Legislation (Our Care, Our Choice Act)	PAS	Aid in dying	*Voluntarily request and receive a prescription medication that would allow the person to die in a peaceful, humane, and dignified manner
Maine	2019	Legislation (Death with Dignity Act)	PAS	None specified	*Request and obtain a prescription for medication that the qualified patient may self-administer to end the qualified patient's life in a humane and dignified manner
New Jersey	2019	Legislation (Aid in Dying for the Terminally Ill Act)	PAS	*Medical aid in dying	*The right to obtain medication that the patient may choose to self-administer in order to bring about the patient's humane and dignified death
Australia					
Victoria	2017	Legislation (Voluntary Assisted Dying Act)	Euthanasia and PAS	*Voluntary assisted dying	*Voluntary assisted dying means the administration of a voluntary assisted dying substance and includes steps reasonably related to such administration
Western Australia	2019	Legislation (Voluntary Assisted Dying Bill)	Euthanasia and PAS	*Voluntary assisted dying	*Voluntary assisted dying means the administration of a voluntary assisted dying substance and includes steps reasonably related to such administration

*, obtained from legislation. All other labels/definitions obtained from government website or report. PAS, physician-assisted suicide.

Tab.2 Etichette e definizioni legali del suicidio assistito (Mroz S. et al.,2021).

L'Australia Occidentale ha approvato la legislazione sull'eutanasia a dicembre 2019 con una fase di attuazione di 18 mesi prima che la legge entri in vigore a metà del 2021 (DWDA.,2020). A febbraio 2020, il legislatore spagnolo sta discutendo un disegno di legge che legalizzerebbe l'eutanasia e il suicidio assistito e una legislazione simile è in fase di elaborazione in Portogallo a seguito dell'approvazione di proposte correlate da parte del parlamento (Pinedo E et al.,2020; Raposo VL.,2020). Il parlamento della Nuova Zelanda ha votato a favore della legalizzazione dell'eutanasia alla fine del 2019 e un referendum nazionale sulla questione avrà luogo nel settembre 2020 (Seymour D.,2020).

Il Territorio del Nord in Australia è stata la prima giurisdizione a legalizzare l'eutanasia nel 1995, tuttavia, la legge è stata annullata dopo soli nove mesi dal Parlamento federale australiano. Prima della legalizzazione nei Paesi Bassi, c'è stato un periodo di tolleranza legale dell'eutanasia tra la metà degli anni '80 e il 2001, a condizione che fossero

soddisfatti specifici requisiti di pratica come delineato dalla Royal Dutch Medical Association (Cohen J.,2020).

Sia i Paesi Bassi che il Belgio hanno legalizzato l'eutanasia nel 2002, e il Lussemburgo ha seguito nel 2009. La Colombia è l'unico paese in America Latina che consente il suicidio assistito ed è l'unica giurisdizione che richiede l'approvazione di un comitato indipendente prima che l'eutanasia venga eseguita. Sebbene la Corte costituzionale colombiana abbia depenalizzato l'omicidio per pietà nel 1997, le regole di procedura non sono state messe in atto fino al 2015. La legalizzazione dell'eutanasia in Canada è avvenuta in seguito al caso della Corte Suprema *Carter contro Canada* e le province sono state tenute a redigere leggi che legalizzassero l'eutanasia entro febbraio 2016, la cui approvazione è stata successivamente posticipata a giugno 2016. Nello stato australiano di Victoria, l'eutanasia e il suicidio assistito sono consentiti dalla legge tramite il *Voluntary Assisted Dying Bill* del 2017, in vigore da giugno 2019 (Dyer O.,2015).

Il suicidio assistito senza l'opzione dell'eutanasia è legalmente praticato in Svizzera e in dieci giurisdizioni statunitensi. Nel 1942, la Svizzera ha indicato nel suo Codice Penale che l'assistenza al suicidio non è considerata un crimine a condizione che non vi siano motivazioni di cupidigia, come il tentativo di ottenere un'eredità. Dagli anni '80, le organizzazioni per il diritto a morire hanno interpretato la legge come un permesso legale per gestire organizzazioni di supporto alle persone che desiderano ottenere il suicidio assistito, compresi i non residenti (Emanuel EJ et al.,2016). Nel 2006, la Corte federale svizzera ha esteso la legge per includere le persone con disturbi mentali e ha imposto regole di processo standardizzate che richiedono una maggiore documentazione e rendicontazione da parte delle organizzazioni che forniscono suicidio assistito (Bartsch C et al.,2019).

Dopo il fallimento dei tentativi di legalizzare l'eutanasia negli Stati Uniti all'inizio del 1900, solo negli anni '80 e con la promozione del patologo, il dottor Jacob "Jack" Kevorkian, il dibattito nazionale è stato ripreso. Un acceso dibattito pubblico ha portato a diversi casi giudiziari e alla fine la Corte Suprema degli Stati Uniti ha stabilito che le decisioni sul diritto a morire sarebbero state lasciate agli stati (Dugdale LS et al.,2019).

Dal 1997, il PAS è stato legalizzato in nove stati americani e un distretto: Oregon (*Death with Dignity Act*; 1997), Washington (*Death with Dignity Act*; 2009), Montana (con

sentenza della Corte Suprema; 2009), Vermont (Patient Choice and Control at the End of Life Act; 2013), California (End of Life Option Act; 2016), Colorado (End of Life Options Act; 2016), Distretto di Columbia (DC Death with Dignity Act; 2017), Hawaii (Our Care, Our Choice Act; 2019), Maine (Death with Dignity Act; 2019), New Jersey (Aid in Dying for the Terminally Ill Act; 2019). Altri sedici stati stanno prendendo in considerazione leggi sulla morte dignitosa nel 2020, ovvero nell'attuale sessione legislativa, tra cui: Utah, Arizona, Minnesota, Iowa, Wisconsin, Indiana, Kentucky, Georgia, Florida, Virginia, Maryland, New York, Connecticut, Rhode Island, Massachusetts, New Hampshire (Death with Dignity.,2020).

Nel febbraio 2020, la Corte suprema tedesca ha annullato una legge che vietava la fornitura di servizi di suicidio assistito, che includeva la prescrizione di dosi letali di sedativi a pazienti terminali e la fornitura di consulenza su come accedere legalmente all'assistenza per porre fine alla vita in altri paesi (Hyde R.,2020).

A differenza di altri interventi, l'EAS tende ad essere introdotto secondariamente da considerazioni politico-legali piuttosto che dalla ricerca clinica. Davis ha osservato, in una risposta a un editoriale del BMJ, che ciò perpetuava l'illusione che il suicidio assistito avesse una base scientifica comprovata (Ontario Ministry of Health, 2022).

Il disegno di legge C-14 ha introdotto il MAiD per le persone malate terminali in Canada. Nei paesi in cui sono state legalizzate forme di EAS, questo viene in genere introdotto per le persone malate terminali. Questo può essere successivamente contestato come discriminazione nei confronti di altri per i quali non è legale. Ciò si è verificato nel caso di Truchon e Gladu contro Canada e Québec presso la Corte superiore del Québec, che ha dichiarato incostituzionale il criterio di ammissibilità della persona in fin di vita e di avere una prognosi di morte naturale abbastanza prevedibile, rispettivamente nella legislazione federale MAiD e nella legge del Québec sulle cure di fine vita. Questa sentenza riguardava solo il Québec (D. of J, Government of Canada.,2022; Attorney General of Canada & Attorney General of Quebec.,2019). Tuttavia, non è stata ulteriormente contestata in tribunale, ma ha portato all'introduzione del disegno di legge C-7, che ha ampliato l'ammissibilità per includere un secondo sistema per le persone che non si prevedeva sarebbero morte presto per cause naturali (Canada's medical assistance in dying (MAID) law.,2021).

Nei paesi in cui l'EAS è legalizzato, la frequenza dei decessi per EAS aumenta dopo la legalizzazione. In Oregon, ad esempio, nel 1998 24 persone hanno ricevuto prescrizioni di dosi letali di farmaci, con 16 decessi ai sensi del Death with Dignity Act (DWDA). Nel 2021, questo numero è salito a 383 prescrizioni e 238 decessi. (20) Quest'anno l'Oregon ha rimosso il requisito di residenza, consentendo alle persone di recarsi lì per il suicidio assistito (Wong A et al.,2019; Fitzgerald M.,2022).

Altri stati con una durata più lunga dell'EAS hanno segnalato una progressiva espansione dei criteri di ammissibilità e delle disposizioni. I piani introduttivi iniziali per limitare l'EAS alle persone con malattie e condizioni terminali sono stati contestati con successo in Quebec, Canada e ritenuti incostituzionali. In sostanza, una volta legalizzato per un particolare gruppo della società, era discriminatorio nei confronti degli altri (Truchon & Gladu V Canada e _2019).

L'idoneità è stata ampliata nei Paesi Bassi per includere le malattie mentali, in Belgio per includere i bambini nel 2014 e nei Paesi Bassi i neonati tramite il protocollo di Groningen. La Società belga di medicina di terapia intensiva ha pubblicato un documento di dichiarazione sulla somministrazione di farmaci sedativi a pazienti senza possibilità di recupero con l'intenzione di accelerare la loro morte. Hanno discusso che questo non era solo accettabile ma anche appropriato (Kelly D.,2014; Vincent J-L.,2014).

Nel 2015, l'EAS ha rappresentato il 4,5% dei decessi nei Paesi Bassi, di cui il 93% è stato eseguito da un medico di base. Laddove sia il suicidio medicalmente assistito che l'eutanasia eseguita dal medico sono legali, quest'ultima è prevalentemente praticata. Esistono variazioni geografiche anche all'interno delle giurisdizioni: nei Paesi Bassi, c'è una variazione regionale di 25 volte tra la più alta e la più bassa delle tre regioni valutate (Kouwenhoven PSC et al.,2019; Herx L et al.,2020; Groenewoud AS et al.,2021).

1.4.1 CRITERI DI ACCESSO ALLA PRATICA NEI DIVERSI ORDINAMENTI

Ogni giurisdizione che ha legalizzato l'eutanasia e/o il suicidio assistito ha implementato requisiti e garanzie sostanziali e procedurali (Cohen J.,2020). (Tab3)

Jurisdiction	Euthanasia	PAS	Age requirement	Diagnosis/prognosis required	Waiting period required	Peer consultation required	Committee review
Europe							
Switzerland	No	Yes	None specified	None specified	None specified	None specified	None specified
The Netherlands	Yes	Yes	12	None specified	None specified	Yes	Yes
Belgium	Yes	Not legal (but condoned)	None specified	Adults: incurable condition; minors: terminal	None, terminal 1 month, non terminal	Yes	Yes
Luxembourg	Yes	Yes	18	Incurable condition	None specified	Yes	Yes
America							
Canada	Yes	Yes	18	Grievous and irremediable medical condition	10 days written request	Yes	No
Quebec	Yes	No	18	Serious, incurable illness	10 days written request	Yes	No
Colombia	Yes	Yes	18	Terminal	Within 15 days after committee approval	Committee approval required	Yes, before euthanasia or PAS performed
USA							
Oregon	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
Washington	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
Montana	No	Yes	None specified	None specified	None specified	Not specified	None specified
Vermont	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
California	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request	Yes	None specified
Colorado	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request	Yes	None specified
District of Columbia	No	Yes	18	Terminal, <6 months	15 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
Hawaii	No	Yes	18	Terminal, <6 months	20 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
Maine	No	Yes	18	Terminal, <6 months	17 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
New Jersey	No	Yes	18	Terminal, <6 months	18 days oral request, 48 hours written request	Yes	None specified
Australia							
Victoria	Yes	Yes	18	Terminal, <6 months (or 12 months for neurodegenerative conditions)	9 days written	Yes	Yes
Western Australia	Yes	Yes	18	Terminal, <6 months (or 12 months for neurodegenerative conditions)	9 days written	Yes	Yes

PAS, physician-assisted suicide.

Tab.3 Requisiti legali e garanzie per il suicidio assistito (Mroz S et al.,2021).

La maggior parte delle giurisdizioni impone restrizioni di età minima per l'eutanasia e il suicidio assistito. In Canada, Lussemburgo e Stati Uniti, una persona deve avere almeno 18 anni per richiedere il suicidio assistito. Nei Paesi Bassi, un paziente può richiedere il suicidio assistito a partire dall'età di 12 anni. Il Belgio consente a un paziente di qualsiasi età di richiedere l'eutanasia o il suicidio assistito dal medico dal 2014, a condizione che sia dotato di maturità di giudizio. La Svizzera non specifica un'età in cui una persona può richiedere il suicidio assistito, sebbene la maggior parte delle organizzazioni per il diritto al suicidio richieda che la persona sia un adulto dotato di sano giudizio (Dierickx S et al.,2020).

Mentre la legislazione sull'eutanasia nei Paesi Bassi e in Belgio è funzionalmente simile e le garanzie prescritte sono limitate nel numero, altre giurisdizioni come l'Australia Occidentale hanno requisiti dettagliati e approfonditi relativi all'accesso, all'idoneità (per coloro che presentano le richieste e per i professionisti che le gestiscono), alla notifica, al rinvio, alla valutazione, alla documentazione e alla segnalazione. Il livello di specificità incluso nella legislazione va ben oltre quello della legge approvata nel 2017 nello stato australiano di Victoria, che era già piuttosto estesa. La legislazione sull'eutanasia in Canada è altrettanto succinta rispetto alle leggi europee e non include un requisito di diagnosi, ma richiede un periodo di attesa di 10 giorni, a differenza delle leggi nei Paesi Bassi, in Belgio e in Lussemburgo. La variazione tra le leggi sull'eutanasia ha implicazioni significative per pazienti, medici e sistemi sanitari in relazione all'accesso, all'erogazione delle cure e alla segnalazione. È anche una considerazione importante che influisce sul confronto transnazionale delle pratiche e dell'incidenza dell'eutanasia. Sebbene esista una variabilità, ci sono alcune somiglianze nelle garanzie sostanziali e procedurali tra le giurisdizioni (Cohen J.,2020; Emanuel EJ et al.,2016).

I requisiti sostanziali per il suicidio assistito e l'eutanasia hanno in comune:

- La richiesta deve essere volontaria, attentamente ponderata e sostenuta/ripetuta nel tempo;
- La persona deve avere una condizione grave e incurabile causata da una malattia o da un incidente (negli Stati Uniti, in Colombia e a Victoria si deve anche prevedere che la persona morirà eminentemente);
- La persona deve soffrire di sofferenze fisiche o psicologiche insopportabili che non possono essere alleviate (non richiesto per il PAS negli Stati Uniti);

- Il medico deve informare la persona sulle sue condizioni e sulle opzioni mediche ed entrambe le parti devono aver raggiunto l'intesa che non esiste alcuna ragionevole probabilità di miglioramento.

I requisiti procedurali per il suicidio assistito e l'eutanasia presentano alcuni punti in comune:

- Un secondo medico indipendente deve essere consultato dal medico curante prima che venga eseguita l'eutanasia (in Belgio è richiesta una terza consultazione per i casi non terminali);
- Gli Stati Uniti e il Canada richiedono periodi di attesa obbligatori tra la richiesta e la fornitura di assistenza al suicidio;
- L'eutanasia deve essere segnalata dal medico seguendo la procedura per la revisione da parte di un comitato multidisciplinare di controllo e valutazione (in Colombia ciò deve essere fatto prima che l'eutanasia venga eseguita) (Mroz S et al.,2021).

Per quanto riguarda le procedure di segnalazione e la capacità di verificare e valutare la pratica, la prassi relativa alla certificazione di morte per le persone che muoiono per EAS varia. La Colombia richiede l'approvazione preventiva di un comitato indipendente per i decessi tramite EAS (Emanuel EJ et al.,2016).

In Nuova Zelanda, dove l'EAS è stata introdotta nel 2021, deve essere registrata sui certificati di morte come causa diretta del decesso. Allo stesso modo, nei Paesi Bassi, la morte di una persona tramite eutanasia o suicidio assistito è considerata non naturale e deve essere inclusa nel certificato di morte della persona. Vermont, Stato di Washington, Québec e Belgio non elencano l'EAS sul certificato di morte medico (Ministry of Health NZ.,2021; Downie J & Oliver K.,2015; Downie J & Oliver K.,2016).

In Colorado, la registrazione dei decessi tramite EAS viene registrata come decessi per la malattia di base. È noto che si verificano auto-segnalazioni da parte dei medici di decessi tramite EAS e la relativa sottostima dei decessi tramite EAS. Dei 208 decessi identificati tramite EAS nello studio Flanders, 66 decessi sono avvenuti senza richiesta da parte del paziente, oltre la metà di questi casi ha coinvolto persone di età pari o superiore a 80 anni. Nella maggior parte dei decessi di questi pazienti, la persona aveva ricevuto una diagnosi non oncologica (67,5%) o era morta in ospedale (67,1%). In un quinto di questi casi

(22,1%), la discussione sull'EAS è stata tenuta con il paziente ma non su sua iniziativa (Chambaere K, Bilsen J et al.,2010).

La variazione regionale nella registrazione dei decessi assistiti sui certificati di morte medici, la sottostima dei decessi, la valutazione postuma dei decessi e l'attenzione rivolta al meccanismo del decesso o alla causa sottostante contribuiscono tutti a creare inesattezze nei dati sull'EAS.

Il desiderio di accelerare la morte (WTHD) è un fenomeno riportato in letteratura. Una misura di salvaguardia o di bilanciamento per la morte assistita in genere include un periodo di riflessione per consentire alla persona di cambiare idea, se lo desidera. Lo studio TILDA in Irlanda ha riportato che il 3,5% degli 8174 adulti di età pari o superiore a 50 anni che vivevano nella comunità aveva espresso il desiderio di morire. Due anni dopo, a seguito di un trattamento per la depressione, il 72% di questi non desiderava più morire. I tempi previsti dalla legislazione in materia di EAS sono molto più brevi e le garanzie integrate nella legislazione per prevenire l'uso improprio di EAS cambiano progressivamente e diminuiscono nel tempo, come accaduto in Canada e nei Paesi Bassi (Briggs R et al.,2021).

In Canada, delle 9375 domande scritte per l'EAS nel 2020, il 2,5% (232) delle richieste è stato ritirato: a causa di un cambio di idea (66,4%) o perché i trattamenti palliativi erano soddisfacenti (47,8%). Oltre un quinto delle domande ritirate è stato presentato appena prima dell'intervento, quando alla persona è stato chiesto di dare il proprio consenso definitivo per l'EAS. Il periodo minimo di dieci giorni per la ruminazione o la contemplazione, una misura di bilanciamento o salvaguardia, è stato rimosso nel disegno di legge C7 in Canada per le persone la cui morte è prevista. Ciò significa che quando la morte di una persona è prevedibile, l'individuo non ha più bisogno di attendere prima di ricevere l'EAS. Ciò è in contrasto con la ricerca scientifica sulla natura transitoria del desiderio di morire per la maggior parte delle persone che lo sperimentano. In base alle modifiche e all'estensione dell'idoneità all'EAS in Canada alle persone la cui morte non è abbastanza prevedibile, è in funzione un sistema parallelo in cui la valutazione dell'idoneità deve richiedere almeno novanta giorni (Public Health Division.,2022).

Il disegno di legge irlandese del 2020 *Dying with Dignity*, bloccato, prevedeva un periodo minimo di contemplazione di 14 giorni, a meno che la prognosi della persona non fosse considerata inferiore a un mese, in tal caso doveva essere di 6 giorni (*Dying with Dignity Bill*,2020).

La misura di bilanciamento del tempo di riflessione, per consentire un cambio di idea se lo si desidera, in Canada può essere ridotta a seconda della prognosi stimata, come delineato nella sezione 3.1 (i) del C7 Act. Uno studio sui pazienti con cancro che hanno ricevuto EAS tra il 2017 e il 2019 in Alberta, Canada, ha riportato che l'87,6% ha ricevuto EAS entro tre mesi dalla richiesta, quando il carico di sintomi era più alto. Due terzi hanno eseguito EAS nello stesso mese in cui l'hanno richiesto. Durante l'ultimo mese di vita, la maggior parte dei pazienti (circa il 60%) presentava un elevato carico sintomatologico (Watson L et al.,2022).

1.4.2 DIFFUSIONE E TENDENZE DEL SUICIDIO ASSISTITO NEL CONTESTO INTERNAZIONALE

Il suicidio assistito rappresenta meno dell'1% dei decessi totali nei paesi in cui è stato introdotto di recente o è limitato ad alcune giurisdizioni, con percentuali che vanno dallo 0,03% in Colombia e negli Stati Uniti allo 0,90% in Australia e Nuova Zelanda. Nei paesi con una storia più lunga di suicidio assistito legalizzato, la percentuale di decessi attribuiti al suicidio assistito è più elevata, raggiungendo il 2,34% in Svizzera nel 2023, il 3,55% in Belgio nel 2024, il 4,70% in Canada nel 2023 e il 5,35% nei Paesi Bassi nel 2023. Questi numeri riflettono non solo una crescente accettazione sociale, ma anche infrastrutture più consolidate per l'implementazione del suicidio assistito all'interno dei sistemi sanitari nazionali (Sillitti P et al.,2025). (Fig.1)

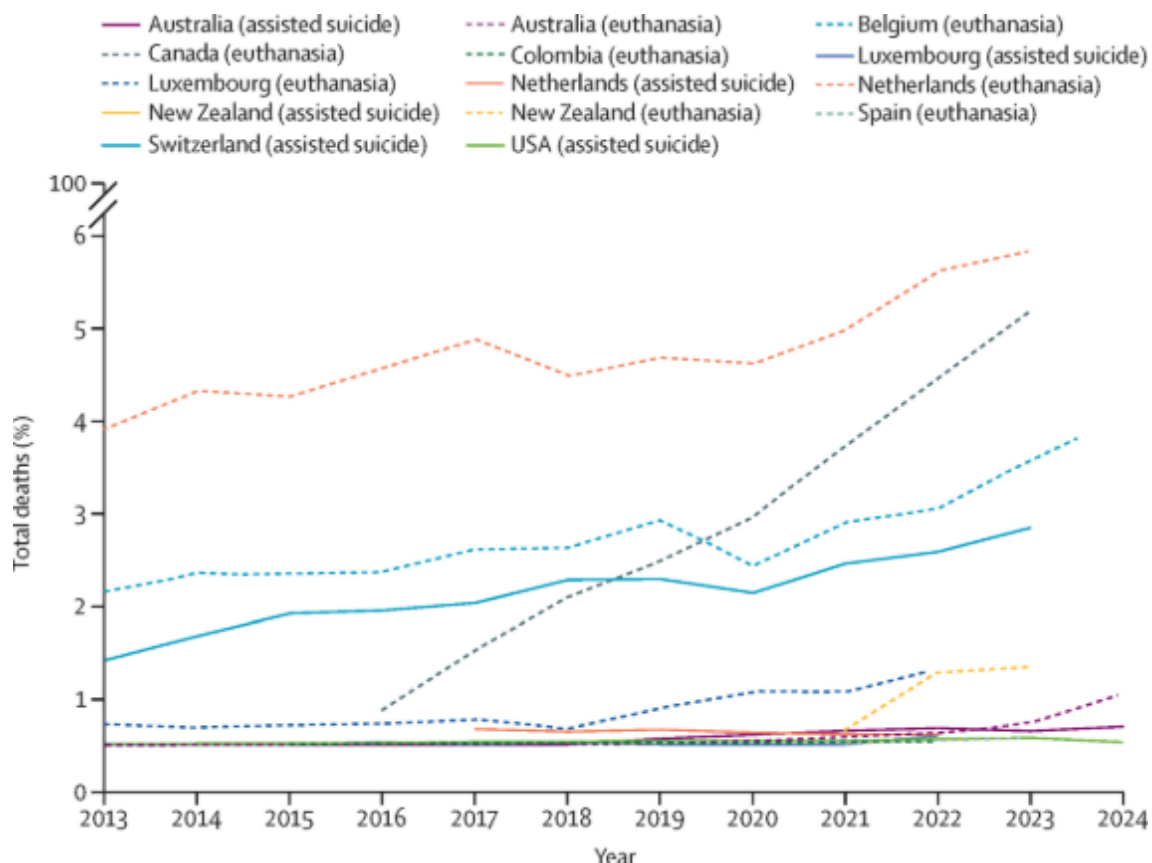


Fig.1 Percentuale di decessi dovuti all'eutanasia e al suicidio assistito, in percentuale sul totale dei decessi in 10 paesi dal 2013 al 2024 (Sillitti P. et al.,2025).

La letteratura precedente ha suggerito una preferenza prevalente per l'eutanasia rispetto al suicidio assistito (Borasio GD et al.,2019; Gamondi C et al.,2014), e i nostri dati aggiornati confermano che questa tendenza potrebbe persistere in una gamma sempre più ampia di giurisdizioni, sottolineando la necessità di una ricerca empirica più sistematica per comprendere meglio i fattori che determinano queste scelte. Il ricorso alla morte assistita è aumentato costantemente e in modo sostanziale nell'ultimo decennio, in particolare per quanto riguarda l'uso dell'eutanasia. Tra il 2014 e il 2023, il tasso di crescita medio annuo dell'eutanasia è variato dal 4,79% nei Paesi Bassi al 200,32% in Nuova Zelanda, dove la percentuale di decessi attribuiti all'eutanasia tra tutti i decessi è aumentata dallo 0,16% nel 2021 allo 0,84% nel 2023. Al contrario, il suicidio assistito è cresciuto in modo più moderato rispetto all'eutanasia, con aumenti annuali che vanno dal 10,38% in Svizzera al 59,78% in Nuova Zelanda, dove la quota di decessi assistiti rispetto al totale dei decessi è aumentata dallo 0,03% allo 0,07% nello stesso periodo. È importante notare, tuttavia, che la legislazione neozelandese è relativamente recente, con

l'End of Life Choice Act adottato nel 2019 ed entrato in vigore nel 2021.³² Il forte aumento del suicidio assistito potrebbe quindi riflettere, almeno in parte, la fase iniziale di attuazione e la rapida adozione di una nuova pratica disponibile. Un monitoraggio continuo nei prossimi anni sarà essenziale per valutare meglio le tendenze nei paesi con una legislazione più recente e per consentire un confronto più significativo con le giurisdizioni in cui il suicidio assistito è stato istituito da più tempo.

Nei paesi in cui sia l'eutanasia che il suicidio assistito sono legalmente consentiti, la maggior parte dei decessi assistiti avviene tramite eutanasia. I suicidi assistiti rappresentavano solo il 2% di tutti i decessi assistiti nei Paesi Bassi nel 2022, l'8% in Nuova Zelanda nel 2023, il 12% in Lussemburgo nel 2022 e il 21% in Australia nel 2024 (Sillitti P et al.,2025).

1.5 IL QUADRO NORMATIVO ITALIANO

L'Italia rimane una delle nazioni europee con i divieti più severi in materia di eutanasia e suicidio assistito. Ai sensi dell'articolo 579 del Codice Penale italiano, l'eutanasia è classificata come omicidio, indipendentemente dal consenso del paziente (Marrone M et al.,2025).

Inoltre, in Italia, l'assistenza al suicidio è un reato punito con la reclusione fino a 12 anni, ai sensi dell'articolo 580 (istigazione o aiuto al suicidio) del Codice penale (Codice penale e Leggi complementari.,2024).

La sentenza 242/2019 della Corte costituzionale italiana (CPI) ha previsto un'eccezione alla punibilità in quanto il Codice penale "non esclude la punibilità di chi [...] agevola la realizzazione del proposito suicidario, autonomamente e liberamente formato, di una persona pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, mantenuta in vita da *trattamenti di supporto vitale (LST)* e affetta da una malattia incurabile che è fonte di sofferenza fisica o psichica da essa ritenuta intollerabile, [N.d.R.: *dolore totale*], purché tali condizioni e le modalità di attuazione siano state verificate da una struttura sanitaria pubblica nazionale, sentito il comitato etico territorialmente competente." (Italian Constitutional Court., 2019). È necessario che la volontà del paziente sia stata espressa in

modo chiaro e inequivocabile, compatibilmente con quanto consentito dalle sue condizioni, e che il paziente sia stato adeguatamente informato sulla *PAS* e su tutte le altre opzioni di trattamento, in particolare *sulle cure palliative (PC)* e, ove appropriato, *sulla sedazione palliativa*.

La verifica dei quattro requisiti *PAS* (*capacità decisionale* preservata del paziente, *sofferenza fisica o psicologica intollerabile*, *prognosi sfavorevole* e *presenza di LST*) è certificata da una commissione interdisciplinare di dipendenti di una struttura sanitaria pubblica nazionale. Il documento risultante è sottoposto al comitato etico territorialmente competente per parere non vincolante.

Sebbene la CPI, nella sentenza n. 135/2024, abbia ritenuto ragionevole e coerente con la Costituzione italiana limitare la non punibilità dell'aiuto al suicidio ai casi in cui il paziente sia dipendente da *LST*, ha chiarito il requisito della "dipendenza da *LST*" collocandolo in un contesto più ampio, a prescindere dalla sua complessità tecnica, dall'invasività o dal coinvolgimento diretto degli operatori sanitari (Solari A et al.,2025).

In assenza di una normativa specifica, le sentenze della CPI pongono le basi per l'attuale accesso al *PAS*, che è tutt'altro che chiarito, con procedure ancora disomogenee su tutto il territorio nazionale.

Entro certi limiti è ormai accettabile disporre della propria vita, come diritto individuale, anche rinunciandovi, e ciò non può che presupporre il diritto personale di giudicare la propria esistenza non degna di essere vissuta.

In Italia, questa visione si è incarnata legislativamente con la Legge n. 219 del 2017, che riconosce ai pazienti il diritto di decidere autonomamente della propria cura, inclusa la possibilità di interrompere trattamenti attivi e trattamenti di sostegno vitale (*LST*), anche se pianificati in anticipo con l'obiettivo esplicito di morire, senza alcuna possibilità di ostacolare tale scelta (Di Fazio N et al.,2021). La legge garantisce che i pazienti possano scegliere di ricorrere esclusivamente alla gestione del dolore (che può includere la sedazione profonda continua, se necessario) ed essere accompagnati fino alla fine della vita. Tale scelta è ritenuta compatibile con i diritti e i valori costituzionalmente tutelati (Ciliberti R et al.,2018). Il principale fulcro di questa progressiva rivoluzione a favore dell'autonomia decisionale dell'individuo è chiaramente legato al concetto di consenso

informato, che, in particolare in Italia, ha contribuito a dirimere secolari dibattiti bioetici in altri ambiti delle modalità di disposizione del proprio corpo.

Oltre alle opzioni consolidate per il rifiuto dei trattamenti medici, ci sono state due importanti pronunce della Corte Costituzionale italiana (CC) in materia di suicidio assistito (PAS): l'Ordinanza n. 207/2018 e la Sentenza n. 242/2019. Queste decisioni hanno segnato un cambiamento critico, non solo dal punto di vista giuridico ma anche da quello bioetico e clinico, segnalando un cambiamento sostanziale nel paradigma dell'assistenza (Turillazzi E et al.,2021; Delbon P et al.,2021; Cupelli C.,2020).

Tuttavia, questi sviluppi legali sembrano modesti, date le lacune normative in corso in Italia, e rivelano anche alcune criticità (Ricci G et al.,2022; Marrone M et al.,2022). In particolare, il requisito della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale (DLST) per accedere al PAS è unico a livello globale (Mroz S et al.,2021; Jox R. J.,2023; Emanuel EJ et al.,2016; Dyer O et al.,2015).

La questione è stata già affrontata dalla Corte d'Assise di Massa (sentenza 27.7.2020) (Corte D'Assise di Massa.,2020), che ha sostenuto un'interpretazione più ampia della LST. Più di recente, il Giudice *per le Indagini Preliminari* (GIP) di Firenze ha rinviato la questione alla Corte di Cassazione in merito alla legittimità costituzionale del requisito della DLST in relazione alle implicazioni giuridiche della PAS (Gazzetta Ufficiale.,2024).

Il 18 luglio 2024, la CC ha emesso la sentenza n. 135/2024, che ha respinto i quesiti del GIP ma ha confermato l'interpretazione estensiva del requisito DLST proposta dal Tribunale di Massa nel 2020. Tale interpretazione contrasta con l'opinione maggioritaria del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB), che aveva suggerito una definizione più restrittiva di DLST (CNB.,2023).

L'orientamento normativo fornito dalla Corte si basa in gran parte sull'applicazione della Legge n. 219/2017, in particolare nella Sentenza n. 242/2019. A meno che e finché il legislatore non intervenga, tale orientamento rimane il punto di riferimento fondamentale per la valutazione della legalità della PAS. La Corte ha anche preso in considerazione le recenti pronunce della Corte europea dei diritti dell'uomo (Corte EDU) sulla giurisprudenza ungherese, che, pur consentendo agli Stati membri un'ampia autonomia decisionale, ha riconosciuto il ruolo di garanzie giuridiche come la DLST nella

prevenzione degli abusi (Author anonymous.,2024). Nonostante questi importanti chiarimenti, permane un clima di incertezza sulle questioni relative al fine vita, sia a livello internazionale che in Italia, dove manca una legge nazionale chiara e specifica in materia e i riferimenti giurisprudenziali in materia di cure di fine vita rimangono le sentenze della Corte Costituzionale.

1.5.1 L'EVOLUZIONE GIURISPRUDENZIALE DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO IN ITALIA

A seguito di alcuni casi rilevanti che hanno profondamente influenzato il dibattito italiano (Botti C & Vaccari A.,2019), una significativa attenzione è stata rivolta alle questioni relative alla fine della vita.

Un caso particolarmente significativo è quello di Fabiano Antoniani, comunemente noto come “DJ Fabo”, che ha riportato lesioni cerebrali in un incidente stradale nel giugno 2014. Sebbene le sue funzioni cognitive siano rimaste intatte, le lesioni hanno causato tetraplegia e cecità corticale bilaterale (Delbon P et al.,2021; Turillazzi E et al.,2021). Queste lesioni hanno reso la sua respirazione non autonoma, richiedendo, seppur non continuativamente, l'assistenza di un ventilatore e l'aspirazione periodica del muco; la sua nutrizione ha richiesto l'alimentazione artificiale e anche l'evacuazione era dipendente dall'assistenza (CupelliC.,2020). Inoltre, soffriva di contrazioni e spasmi dolorosi ricorrenti, resistenti ai farmaci. Impossibilitato ad accedere al suicidio assistito in Italia, ha contattato prima Dignitas, un'organizzazione no-profit svizzera che fornisce assistenza legale per la morte volontaria, e poi l'“Associazione Luca Coscioni”. Nel febbraio 2017, è stato assistito da un membro di quest'ultima associazione nel viaggio in Svizzera, dove ha posto fine alla sua vita. Al suo ritorno in Italia, la persona che lo aveva aiutato è stata indagata per istigazione e favoreggiamento del suicidio. A seguito di un procedimento giudiziario volto a risolvere alcuni punti di conflitto con specifici articoli della Costituzione italiana e della Convenzione europea dei diritti dell'uomo (CEDU), la Corte costituzionale è stata incaricata di valutare il caso. Il primo passo di questo procedimento è stata la pronuncia dell'ordinanza n. 207 del 1° febbraio 2018 (Licastro A.,2019).

La Corte ha chiarito che gli Stati possono intervenire nell'esercizio del suddetto diritto all'autodeterminazione, inclusa la criminalizzazione dell'assistenza al suicidio, a condizione che tale intervento sia necessario e proporzionato alla tutela dei diritti e delle libertà altrui, compresa la posizione degli individui vulnerabili, generalmente considerati coloro che hanno intenzioni suicide. La Corte ha specificato che in determinate situazioni, "l'assistenza di terzi al fine di porre fine alla propria vita può presentarsi al paziente come l'unico modo per evitare, in conformità con il proprio concetto di dignità personale, un processo artificiale di sostegno vitale che non desidera più subire e che ha il diritto di rifiutare". Tale diritto deriva dall'articolo 32, comma 2, della Costituzione ed è stato specificamente applicato nella formulazione della Legge n. 219/2017 (legge sul consenso informato e sulle direttive anticipate). In base a tale legge, la Corte ha osservato che il paziente, adeguatamente informato sulle alternative disponibili e supportato psicologicamente, ha il diritto di rifiutare i trattamenti di sostegno vitale (LST), tra cui la ventilazione, la nutrizione artificiale e l'idratazione, e di essere accompagnato fino al decesso con sedazione palliativa profonda continua associata a terapia del dolore. Nello specifico, i casi in cui l'articolo 580 del Codice Penale non può essere applicato sono le condizioni in cui l'individuo che desidera porre fine alla propria vita (a) soffre di una malattia irreversibile, (b) sta vivendo una sofferenza fisica o psicologica intollerabile, (c) è mantenuto in vita attraverso trattamenti di sostegno vitale (in particolare "ventilazione, idratazione artificiale o alimentazione") e (d) è in grado di prendere decisioni libere e consapevoli. Inoltre, in base al principio di "costituzionalità differita", la Corte ha deferito la questione al Parlamento, richiedendo un'iniziativa legislativa che tenga conto dell'evoluzione del diritto. Nel settembre 2019, la Corte valuterà l'eventuale emanazione di una legge regolamentare che affronti le esigenze di protezione individuate. A circa un anno dall'ordinanza del 2018, la Corte Costituzionale, riconoscendo l'inerzia del legislatore nel disciplinare in modo dettagliato la materia, ha affermato di non poter più astenersi dal pronunciarsi per colmare il deficit costituzionale precedentemente rilevato. Con la sentenza n. 242 del 25 settembre 2019, la Corte ha ribadito l'illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice Penale, limitatamente ai casi in cui i soggetti che prestano assistenza all'esecuzione di un suicidio, liberamente e autonomamente deciso, ai sensi degli articoli 1 e 2 della legge n. 219/2017, potessero soddisfare i quattro

critéri delineati nell'ordinanza del 2018. Sono stati quindi stabiliti ulteriori requisiti per richiedere l'accesso al suicidio assistito, ritenendo necessario che:

- tutte le condizioni sopra menzionate siano verificate in un contesto medico;
- la volontà dell'individuo sia espressa in modo chiaro e inequivocabile, nella misura consentita dalla sua condizione;
- il paziente sia adeguatamente informato sia sulle sue condizioni mediche sia sulle opzioni disponibili, in particolare per quanto riguarda la possibilità di ricevere cure palliative e, se applicabile, sedazione profonda continua.

La Corte ha individuato nelle strutture pubbliche del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) gli enti competenti per la verifica sia delle condizioni che legittimano la PAS sia delle relative procedure. A ulteriore tutela dei soggetti particolarmente vulnerabili, è stato previsto il coinvolgimento di un organo collegiale terzo. In assenza di specifiche disposizioni legislative, tale ruolo è stato provvisoriamente assegnato ai Comitati Etici (CE) territorialmente competenti. Tali organi istituzionali svolgono funzioni consultive e di riferimento per le questioni etiche che possono sorgere nella pratica sanitaria. Sono dotati di funzioni esclusivamente consultive, volte a garantire la tutela dei diritti e dei valori della persona in relazione a qualsiasi sperimentazione clinica che coinvolga esseri umani.

Per quanto riguarda la questione dell'obiezione di coscienza da parte del personale sanitario, la Corte ha sottolineato che non esiste alcun obbligo per i medici di partecipare alla morte assistita. La decisione di fornire tale assistenza rimane una questione di coscienza individuale.

A seguito della pronuncia della Corte Costituzionale del 2019, in Italia sono state presentate diverse richieste di PAS, alcune delle quali hanno portato all'accesso alla PAS, mentre altre hanno dato luogo a ulteriori contenziosi giudiziari, culminati in una recente sentenza della Corte Costituzionale, che sta ancora affrontando la questione della PAS (Italian Constitutional Court.,2024).

L'ordinanza della Corte non mira a definire la condizione giuridica del suicidio; piuttosto, le argomentazioni si collocano in una posizione intermedia, non aderendo né alla tesi dell'illegittimità strutturale della condotta suicidaria né alla concezione opposta del diritto al suicidio di cui all'art. 2 della Costituzione italiana, che condurrebbe all'illegittimità

costituzionale dell'art. 580 del Codice penale italiano (Constitutional Court Press Office.,2018).

La sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale (a seguito dell'ordinanza n. 207/2018) ha individuato una questione di legittimità costituzionale nell'articolo 580, comma 2, del Codice Penale, che disciplina il reato di favoreggiamento del suicidio. La Corte ha ritenuto che tale disposizione non escluda adeguatamente dalla responsabilità penale chi presta assistenza al suicidio di una persona che, pur essendo mantenuta in vita da LST, soffre di una malattia irreversibile e di un dolore fisico o psicologico intollerabile, a condizione che la persona sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli. Tale assistenza è ammissibile purché tali condizioni siano state accertate dal Servizio Sanitario Nazionale e previo parere di un comitato etico territorialmente competente. Queste quattro condizioni sono state ricavate dal caso in esame che, per la sua assoluta eccezionalità, rappresenta un caso estremo.

Secondo la Corte, in casi come quello di DJ Fabo, le esigenze di protezione alla base della criminalizzazione del suicidio assistito perdono la loro solidità e possono essere messe in discussione. Il ragionamento della Corte affonda le sue radici nel quadro normativo delineato dalla Legge n. 219 del 2017, che diventa un punto di riferimento cruciale nella sua argomentazione: *“ Infatti, se l'importanza cardinale del valore della vita non esclude l'obbligo di rispettare la decisione del paziente di porre fine alla propria esistenza attraverso la sospensione del trattamento medico – anche quando ciò richiede un coinvolgimento attivo, almeno in una prospettiva naturalistica, di terzi (come la disconnessione o la disattivazione di un dispositivo medico, accompagnata dalla somministrazione di sedazione profonda continua e dalla gestione del dolore) – non vi è motivo per cui lo stesso valore debba fungere da barriera assoluta, sancita penalmente, all'accoglimento della richiesta di assistenza del paziente per evitare una progressione più lenta e indesiderata, percepita come contraria alla sua idea di una morte dignitosa, a seguito della suddetta sospensione delle misure di sostegno vitale ”.*

Seguendo il ragionamento della Corte, un caso come quello di DJ Fabo riguarda un paziente che non potrebbe morire “con dignità” con un “semplice” rifiuto della terapia, perché i suoi trattamenti vitali non rientrano tra quelli la cui sospensione comporterebbe

immediatamente la morte, ma potrebbero piuttosto comportare un prolungamento innaturale e indesiderato della vita, spesso con grandi sofferenze, per diversi giorni.

La Corte ha individuato la soluzione di tale controversia, in attesa dell'intervento parlamentare, in un "punto di riferimento interno all'ordinamento" già consolidato, rinvenibile nel "quadro degli articoli 1 e 2 della legge n. 219 del 2017". A parere della Corte, la procedura delineata dalla legge n. 219 del 2017 appare la più idonea a rispondere alle "esigenze normative" già evidenziate nell'ordinanza n. 207.

Secondo la Corte Costituzionale, quando un paziente ha il diritto di richiedere la cessazione della LST ai sensi della Legge n. 219 del 2017, con l'esplicita intenzione di morire, tale diritto dovrebbe applicarsi anche a casi come quello di DJ Fabo. Di conseguenza, il rifiuto di terapie con effetti letali e la PAS sono considerati equivalenti in termini di diritti costituzionalmente tutelati, entrambi visti come modalità legittime di porre fine alla vita; tuttavia, la Corte ha evidenziato che esiste una distinzione significativa tra PAS e "morire con dignità" attraverso il mero rifiuto dei trattamenti. Infatti, la sospensione della LST non comporta la morte immediata, ma piuttosto si traduce in un'esistenza prolungata e spesso dolorosa, che può avere ripercussioni anche sui familiari del paziente. La questione centrale della sentenza n. 242/2019 è l'assenza di una definizione dettagliata della DLST, poiché la Corte ha fatto riferimento solo alla ventilazione artificiale, all'idratazione o all'alimentazione, concentrandosi sulle specificità del caso piuttosto che fornire una definizione esaustiva. D'altro canto, la Corte non avrebbe potuto agire diversamente, poiché una pronuncia della Corte costituzionale deve necessariamente riferirsi al caso concreto in esame (Fratì P et al., 2025).

Sentenza della Corte d'Assise di Massa del 2020:

La sentenza della Corte d'Assise di Massa del 27 luglio 2020 ha costituito una prima attuazione del diritto riconosciuto dal CC nel 2019. Il caso riguardava DT, un paziente affetto da sclerosi multipla progressiva. Il 13 aprile 2017 gli è stata somministrata un'infusione endovenosa che, tramite un meccanismo attivato dal paziente stesso, ha iniettato il farmaco necessario a indurre la morte. Il nocciolo della questione in questo caso è il DLST. Questo perché, nel caso di specie, il paziente affetto da sclerosi multipla non è stato sottoposto a LST come alimentazione e idratazione forzate, respirazione artificiale e misure simili. La sua vita è proseguita con dolore insopportabile nonostante

l'assenza di questi trattamenti, sebbene ricevesse altre forme di supporto e fosse ancora in grado di respirare e mangiare in modo autonomo.

Tuttavia, a un esame più attento, la DT potrebbe essere considerata dipendente da due forme di supporto vitale.

Era sottoposto a terapia farmacologica mirata alla gestione del dolore, che aveva raggiunto i dosaggi massimi: ogni aumento, ripetutamente richiesto dal paziente, avrebbe portato a un'overdose di farmaco, mentre una riduzione avrebbe comportato, oltre a un'esacerbazione insopportabile del dolore, un peggioramento dell'insufficienza respiratoria e un'accelerazione della progressione della malattia fino alla morte. Inoltre, non era più autonomo poiché la paralisi dei muscoli intestinali rendeva indispensabili evacuazioni manuali quotidiane, eseguite inizialmente dagli operatori sanitari e successivamente, una volta appresa la tecnica, dalla madre. Senza queste manovre, si sarebbe verificata la perforazione intestinale e la successiva morte.

In questo caso, i giudici hanno stabilito che la condizione di DLST include qualsiasi forma di supporto medico che, se interrotta, porterebbe alla morte del paziente, anche se non immediata. Questa definizione più ampia comprende scenari in cui la sopravvivenza continua dipende non solo dalle attrezzature mediche, ma anche da trattamenti farmacologici in corso o da altre forme di assistenza sanitaria esterna, come l'evacuazione manuale dell'intestino o il cateterismo vescicale. Se una persona fa affidamento sull'assistenza esterna, sia da parte di individui che di dispositivi medici, per soddisfare i bisogni essenziali e quindi continuare a vivere, la condizione richiesta dal CC è considerata soddisfatta.

Tuttavia, vale la pena sottolineare che nei pazienti affetti da patologie irreversibili e intollerabili si potrebbe presumere un affidamento generalizzato all'assistenza esterna. Di conseguenza, il requisito del DLST potrebbe perdere la sua funzione di criterio di valutazione selettivo. L'uso dell'analogia da parte dei giudici in questo contesto potrebbe sembrare un tentativo di indebolire i criteri specifici stabiliti dal CC, anziché limitarsi a offrire un'interpretazione più ampia (Fratì P et al., 2025).

La questione centrale, quindi, ruota attorno alla dipendenza da LST, un concetto che la Corte Costituzionale non ha definito esplicitamente nel 2019. La Corte ha invece fornito esempi, come la ventilazione, l'idratazione o la nutrizione artificiale. Questa mancanza di definizione ha dato luogo a significativi dibattiti interpretativi. Da un lato, alcuni sostengono che il requisito non dovrebbe essere limitato alla mera "dipendenza da macchinari", poiché può comprendere un'ampia gamma di situazioni in cui la LST viene fornita attraverso terapie farmacologiche o l'assistenza di personale medico o paramedico. In altre parole, qualsiasi trattamento la cui interruzione comporterebbe la morte del paziente, sia immediata che nel tempo, costituirebbe una LST.

Un'interpretazione più ampia suggerisce che il requisito si applicherebbe anche quando un paziente si affida all'assistenza di terzi per attività essenziali come mangiare, muoversi o usare il bagno. Il principio di base è che una situazione in cui un individuo necessita dell'aiuto di altri (familiari o altre persone senza una specifica formazione medica) per svolgere funzioni vitali presenta somiglianze con i casi in cui sono necessari interventi sanitari (meccanici, farmacologici o assistivi) per sostenere la vita.

La dipendenza dagli LST può verificarsi anche quando un paziente, pur avendo funzioni corporee intatte, diventa progressivamente incapace di svolgere le attività fisiologiche quotidiane a causa dell'immobilizzazione degli arti e necessita di un'assistenza sempre maggiore da parte di altri.

Tali interpretazioni divergenti, unite all'assenza di una definizione chiara di LST, hanno indotto il Tribunale di Firenze a chiedere alla Corte Costituzionale di chiarire il concetto di "LST".

La Corte Costituzionale ha innanzitutto ribadito che il requisito della dipendenza del paziente dai LTS riveste «in assenza di un intervento legislativo, un ruolo cardine nella ratio della soluzione adottata con l'ordinanza n. 207 del 2018, poi ribadita nella sentenza n. 242 del 2019» (Italian Constitutional Court.,2024).

Tuttavia, la Corte Costituzionale ha evitato di fornire una definizione restrittiva o di limitare il concetto di LST. Ha invece ampliato significativamente la definizione. Pertanto, indipendentemente dall'invasività o dalla natura tecnica del trattamento, qualsiasi procedura ritenuta necessaria per garantire lo svolgimento di funzioni vitali –

tale che la sua omissione o interruzione porterebbe prevedibilmente alla morte del paziente entro breve tempo – deve essere considerata LST ai fini dell'applicazione dei principi stabiliti nella sentenza n. 242/2019. Questa interpretazione più ampia include procedure come l'evacuazione manuale, l'inserimento di un catetere o l'aspirazione del muco bronchiale – tipicamente eseguite dal personale sanitario, ma che possono essere eseguite anche da familiari o assistenti, a condizione che l'interruzione di tali procedure comporti prevedibilmente la morte del paziente entro breve tempo.

La Corte Costituzionale ha ribadito questa posizione nella sua recente sentenza n. 66/2025. La sentenza si riferisce a due casi che coinvolgono individui che non venivano tenuti in vita dai LST, ma tali trattamenti erano stati prescritti dai medici e successivamente rifiutati dai pazienti:

- il caso di EA, un paziente a cui è stato diagnosticato un carcinoma polmonare a piccole cellule metastatico che, a causa dell'inefficacia della chemioterapia, ha deciso di interrompere il trattamento e ha rifiutato le misure di sostegno vitale proposte per affrontare il peggioramento delle funzioni respiratorie e renali. Il paziente ha posto fine alla sua vita in una clinica in Svizzera dopo aver pagato circa diecimila euro;
- Il caso di RN, un paziente affetto da morbo di Parkinson atipico e in rapida progressione, che aveva portato alla completa perdita di autonomia nelle attività quotidiane e della capacità di deglutire. Gli è stata proposta una gastrostomia endoscopica percutanea, ma il paziente ha rifiutato l'intervento. Le capacità cognitive, tuttavia, sono rimaste intatte. Il paziente ha concluso la sua vita in una clinica in Svizzera.

La sentenza della Corte Costituzionale ha quindi ribadito che, laddove sussista un'indicazione medica all'inizio di un LST, come specificato nella sentenza n. 135/202, il paziente conserva il diritto di rifiutare tale trattamento e, a condizione che siano soddisfatti gli altri requisiti sostanziali e procedurali stabiliti nella sentenza n. 242/2019, può accedere al PAS (Italian Constitutional Court.,2025).

Sentenza n. 135/2024 della Corte Costituzionale italiana:

In risposta all'ordinanza n. 32/2024, con sentenza n. 135/2024 la Corte costituzionale italiana ha respinto la proposta di abolire il requisito del DLST, ritenendola non in contrasto con i principi delineati dal Codice penale italiano e dalla Corte EDU:

uguaglianza, autodeterminazione terapeutica, dignità umana e rispetto della vita privata (Constitutional Court.,2024a).

La ragione fondamentale è essenzialmente legata all'ambito di applicazione della Legge n. 219 del 2017, che "in assenza di un intervento legislativo" rimane un riferimento imprescindibile nella valutazione della legittimità dell'AS. Pertanto, la logica non può essere estesa ai pazienti che non fanno affidamento sul TLS, in quanto non hanno la possibilità di lasciarsi morire – entro un breve periodo – semplicemente rifiutando le cure. Le due situazioni sono state considerate sufficientemente diverse da invalidare la pretesa di irragionevole disparità di trattamento di situazioni analoghe ai sensi dell'art. 3 della Costituzione.

Come più volte riconosciuto dalla Corte Costituzionale, la dichiarazione del 2019 era strettamente legata all'assenza di una normativa specifica in materia di fine vita, venendo pertanto sostituita da una legge (n. 219/2017) che, come già argomentato, ha finalità regolamentari che afferiscono ad un ambito correlato ma assolutamente non sovrapponibile a quello in esame.

È interessante notare che in tale contesto valutativo, il fattore ritenuto significativo è stato il tempo entro il quale si sarebbe verificato il decesso a seguito della cessazione del trattamento, confrontando le circostanze del caso di DJ Fabo con altri precedenti (Constitutional Court.,2019), alludendo chiaramente ai casi di EE (Solarino B et al.,2011) e PW. Quest'ultimo era un paziente affetto da distrofia muscolare che, non più in grado di muoversi e dipendente dalla ventilazione artificiale tramite tracheotomia, aveva ripetutamente chiesto di porre fine alla propria vita. Il suo desiderio è stato infine esaudito quando è stato assistito al suicidio mediante la somministrazione di sedativi e la disconnessione del respiratore artificiale. È stato tacitamente ammesso che PW avrebbe potuto beneficiare di una morte pressoché immediata interrompendo la ventilazione artificiale; mentre la minore intensità di supporto della ventilazione esterna di DJ Fabo lo avrebbe costretto a raggiungere il suo obiettivo suicidario dopo un periodo più lungo. Questa differenza ha giocato un ruolo decisivo per la Corte nella sentenza n. 242/2019, poiché in altri casi non vi è spazio per il controllo giurisdizionale di una richiesta esplicita e dichiarata di morire attraverso l'interruzione del LST. Pertanto, in casi come quello di

DJ Fabo, la soluzione deve essere in grado di realizzare lo stesso diritto (Author anonymous.,2007).

Qual è dunque il nome di questo diritto? Se non si chiama *diritto a morire* (termine censurato dalla Corte), si tratta comunque di una forma di liberazione dagli effetti letali: non si tratta semplicemente di un rifiuto delle terapie, ma piuttosto di un rifiuto di alcune forme di interruzione terapeutica, per raggiungere un obiettivo terminale più diretto. Rifiuto del trattamento e AS sono stati considerati equivalenti per evitare di imporre una soluzione indesiderata o irragionevole.

D'altra parte, a parità di condizioni (malattia irreversibile, fonte di sofferenza intollerabile, con capacità di autodeterminazione preservata), la legalità dell'atto esterno dipende in ultima analisi dal fatto che la persona sia mantenuta in vita dalla LST. Inoltre, vale la pena notare che l'uso della LST può derivare da variabili intrinseche ed estrinseche del tutto accidentali: la diversità dei casi concreti, le condizioni cliniche generali del paziente (ad esempio, funzionalità individuale e resistenza dell'organismo), le manifestazioni della malattia (ad esempio, stadiazione più o meno avanzata, progressione più o meno rapida), la disponibilità di terapie in uno specifico contesto cronologico e geografico, le decisioni personali dei singoli pazienti (ad esempio, rifiuto iniziale di qualsiasi trattamento). L'esistenza o la non esistenza della DLST appare del tutto irrilevante e del tutto indipendente, sia astrattamente che concretamente, dalla presenza di altri requisiti. È ampiamente accettato che, anche da una prospettiva medica prima che logica, la DLST non implica l'irreversibilità di una malattia e della sofferenza ad essa correlata, né è sostenibile derivare l'esistenza della prima dalla seconda.

Non è chiaro come il requisito della DLST possa costituire un criterio normativo appropriato e proporzionato al raggiungimento dell'obiettivo dichiarato di tutela dei soggetti vulnerabili, tutelato dall'art. 580 del Codice Penale. Come accennato, esso non incide sull'incriminabilità dell'aiuto al suicidio (o, a maggior ragione, in casi estremi, sulla minore necessità di tutelare tali soggetti); né implica una maggiore rassicurazione circa la consapevolezza della scelta né associa alcun valore protettivo alla vulnerabilità individuale. Al massimo, consente il contrario: una persona dipendente dalla LST e prossima alla morte, ma non tentata di porre fine alla propria vita, potrebbe essere indotta, anche da fattori esterni, a prendere questa decisione in modo non del tutto autentico. Non

è quindi inconcepibile applicare un parallelo in nome dell'uguaglianza tra pazienti che soddisfano tutti e quattro i requisiti indicati dalla Corte (equiparati a coloro che potrebbero già lasciarsi morire rifiutando la LST) e coloro che a un certo punto della loro storia clinica non presentano la condizione di DLST (come i malati terminali, i malati di cancro o quelli con malattie neurodegenerative), spesso per cause incidentali, ma sono ugualmente irreversibili e costretti a sopportare sofferenze intollerabili, con l'irragionevole esposizione a periodi più lunghi di agonia e dolore che potrebbero essere facilmente evitati.

La novità cruciale della sentenza è senza dubbio legata all'ampliamento della definizione di DLST. La Corte ha consolidato la definizione più ampia precedentemente formulata dal Tribunale di Massa, facendo riferimento a procedure – anche quelle non tecnicamente complesse o altamente invasive – generalmente ritenute vitali per la sopravvivenza del paziente. Si tratta di un passaggio fondamentale poiché, a differenza di quanto suggerito dal GIP di Firenze e contraddicendo anche l'opinione maggioritaria del CNB, conferma la possibilità di includere nella definizione tutte quelle procedure che, *“ indipendentemente dal grado di complessità tecnica e invasività ”*, (generalmente eseguite da personale sanitario *“ ma che potrebbero essere apprese dai familiari o dagli assistenti del paziente ”*) sono *“ concretamente necessarie per garantire lo svolgimento di funzioni vitali del paziente, nella misura in cui la loro omissione o interruzione porterebbe verosimilmente alla morte del paziente entro un breve periodo ”* (8 del Considerato in diritto). Esempi includono l'evacuazione intestinale manuale, il cateterismo urinario, le aspirazioni bronchiali, l'idratazione, la nutrizione o la ventilazione artificiale. Il filo conduttore che collega tutte queste procedure, in assenza di una definizione legislativa, sembra essere l'esposizione a un rischio di "quasi morte" dovuto al loro rifiuto.

In ogni caso, il requisito dell'LST deve essere mantenuto, poiché la Corte ritiene che esso conservi il suo valore protettivo per situazioni di vulnerabilità e fragilità che potrebbero altrimenti essere esposte al rischio di abusi o di coercizioni più o meno dirette da parte di terzi o derivanti da *“pressioni sociali indirette”* (Constitutional Court., 2024b).

Un'altra conquista ottenuta con la Sentenza n. 135/2024 è l'ammissione del requisito anche in assenza di LST in atto perché rifiutati dagli stessi pazienti, sulla base di un

giudizio di inappropriatazza e sovratrattamento, ai sensi della Legge n. 219/2017. Tuttavia, la necessità di mantenere il requisito DLST, seppur nella sua definizione estesa, rimane cruciale per tutelare situazioni vulnerabili e fragili, che potrebbero altrimenti essere esposte a rischi di abusi o pressioni persuasive dirette o indirette da parte di terzi o di pressione sociale. (7.2 del Considerato in legge).

Inoltre, l'aspetto più importante che intendiamo sottolineare è che la CC ha ripetutamente sottolineato che il suo ruolo non è quello di sostituire il legislatore nella determinazione dell'equilibrio tra il diritto all'autodeterminazione e il diritto alla vita, ma solo di stabilire la garanzia minima costituzionalmente obbligatoria, alla luce dell'attuale quadro legislativo, lasciando aperta una futura opportunità legislativa per trovare soluzioni che forniscano all'uno o all'altro una protezione più intensa (Fрати P et al.,2025).

Legge Regionale Toscana n. 16/2025:

In assenza di un intervento del legislatore nazionale, la Regione Toscana è stata la prima (e attualmente unica) Regione in Italia a disciplinare in modo chiaro le modalità organizzative di accesso al suicidio medicalmente assistito, emanando la Legge Regionale n. 16/2025. Tale legge è conforme alle condizioni già stabilite dalle sentenze della Corte Costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024. L'iniziativa del legislatore regionale nasce proprio dall'esigenza di porre rimedio alla persistente inerzia del legislatore nazionale italiano in materia di suicidio medicalmente assistito. Tuttavia, al legislatore regionale è impedito di intervenire sui requisiti specifici di accesso al suicidio medicalmente assistito, motivo per cui la legge rinvia alle citate pronunce della Corte Costituzionale. La legge si limita quindi a disciplinare le modalità di accesso a tale percorso nelle sue diverse fasi. La legge rappresenta certamente un primo passo fondamentale verso il riconoscimento del diritto all'autodeterminazione nel fine vita, in attesa dell'intervento del legislatore nazionale che ne garantisce la tutela. È evidente che la legge ha suscitato un intenso dibattito politico e la questione è stata portata dinnanzi alla Corte Costituzionale con un ricorso presentato dal Governo nel maggio 2025. L'obiettivo del ricorso è verificare se una Regione abbia effettivamente la competenza a regolamentare una materia così delicata attraverso una legge regionale (Fрати P et al.,2025).

Le informazioni discusse sinora mostrano chiaramente come la gestione di questo delicato tema sia tutt'oggi in profonda evoluzione, rappresentando oggetto di un intenso dibattito sia dal punto di vista medico-legale sia dal punto di vista bioetico. È inoltre emerso chiaramente come sussistano differenze inter-regionali produttive di disparità di trattamento tra i cittadini italiani.

Si auspica quindi che venga presto approvata una legge nazionale, come fortemente sollecitato dalla Corte Costituzionale; in caso contrario, si dovrebbe cercare di individuare e attuare procedure condivise e standardizzate su tutto il territorio italiano, favorendo forme di regionalismo cooperativo. Ciò consentirebbe ai pazienti di sapere che la richiesta di accesso al suicidio medicalmente assistito sia seguita da risposte univoche, fornite in tempi certi (Marozzi F.,2025). (Tab 4)

Regione	Stato dell'arte	Note
ABRUZZO	La proposta di legge è stata dichiarata ammissibile e sono iniziate le audizioni di esperti in Commissione Sanità	L'Abruzzo è stata la prima regione italiana in cui sono state depositate in Consiglio regionale le firme dei cittadini regionali (un totale di 8.119 firme) a favore della proposta di legge regionale sul suicidio medicalmente assistito elaborata dall'Associazione Luca Coscioni (la campagna è iniziata il 1° marzo 2023 ed è terminata il 29 maggio 2023, mentre il deposito è avvenuto il 19 giugno 2023)
BASILICATA	Non vi sono attualmente proposte di legge relative al suicidio medicalmente assistito	nel 2023 nove comuni hanno presentato una proposta di legge, sulla quale il consiglio regionale ha deciso di non decidere. per poter discutere una nuova proposta di legge, questa deve essere ripresentata
CALABRIA	La proposta di legge, che riguarda unicamente i pazienti terminali, è attualmente in discussione	è stata depositata una proposta di legge, anche se diversa da quella dell'Associazione Luca Coscioni e limitata ai soli malati terminali; la discussione, tuttora in corso, è iniziata il 9 febbraio
CAMPANIA	La proposta di legge è attualmente in discussione	la proposta di legge, presentata il 13 marzo 2024, è attualmente all'esame dei comitati tecnici, che hanno deciso di procedere a un esame tecnico-giuridico della materia, sui cui aggiornamenti non si hanno notizie
EMILIA ROMAGNA	La Delibera di Giunta n. 194 del 05.02.2024 e le istruzioni tecnico-operative inviate dall'Assessorato alle Politiche per la Salute alle aziende sanitarie locali riguardano il suicidio medicalmente assistito.	la proposta popolare è stata depositata nel luglio 2023 con 7.300 firme. la Delibera di Giunta n. 194 del 05.02.2024 prevede l'istituzione del Comitato regionale per l'etica nella clinica (COREC) della Regione Emilia-Romagna con le funzioni, tra le altre, di fornire consulenza etica non vincolante su casi eticamente problematici e di fornire pareri sulle richieste di fine vita, per gli aspetti che esulano da quelli disciplinati dalla Legge 219/2017. le istruzioni tecnico-operative inviate dall'Assessorato alle politiche per la salute alle ASL contengono linee guida con indicazioni operative per la gestione delle richieste di suicidio medicalmente assistito, a partire dalla ricezione della richiesta del paziente e per tutto l'iter, attraverso l'istituzione di apposite commissioni di valutazione.

FRIULI VENEZIA GIULIA	La proposta di legge è stata dichiarata non ammissibile	la proposta di legge, di iniziativa popolare, è stata presentata l'11 agosto 2023. È stata dichiarata non ammissibile il 9 aprile 2024.
LAZIO	La proposta di legge non è ancora stata discussa	la proposta di legge è stata presentata, ma non ancora discussa
LIGURIA	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	è stata depositata una proposta di legge; a seguito delle dimissioni del Presidente della Regione, l'iter è stato interrotto e la proposta di legge deve essere nuovamente depositata per poter essere discussa
LOMBARDIA	La proposta di legge è stata dichiarata non ammissibile	il 18 gennaio 2024 sono state depositate 8.000 firme per la proposta di legge di iniziativa popolare. Dopo che il 7 febbraio 2024 l'Ufficio di presidenza ha dichiarato all'unanimità la proposta ammissibile, il 19 novembre 2024 il Consiglio regionale ha deciso di votare una questione pregiudiziale di costituzionalità dichiarandosi incompetente a disciplinare la materia, impedendo di fatto la discussione della proposta di legge.
MARCHE	La proposta di legge è attualmente in discussione	la proposta di legge è stata presentata ed è attualmente in discussione
MOLISE	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	la proposta di legge non è ancora stata depositata
PIEMONTE	La proposta di legge è stata dichiarata non ammissibile	la proposta è stata depositata a fronte della raccolta di 11.000 firme; il 22 marzo 2024 il Consiglio regionale ha votato a favore della "questione pregiudiziale di costituzionalità", dichiarando l'incompetenza della Regione a legiferare in materia
PUGLIA	Vi è la Delibera di Giunta n. 18 del 18.01.2023	La Puglia è stata la prima regione italiana a regolamentare l'accesso alla procedura di suicidio assistito attraverso una delibera di giunta, che individua nel comitato etico del Policlinico di Bari l'organo competente in materia
SARDEGNA	La proposta di legge non è ancora stata discussa	con il rinnovo del Consiglio regionale nel marzo 2024, la proposta di legge in Sardegna è stata ripresentata e presentata alla stampa il 29 novembre 2024; si attende ora la discussione

SICILIA	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	la proposta di legge non è ancora stata depositata
TRENTINO ALTO AGIDE	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	la proposta di legge non è ancora stata depositata
TOSCANA	La Toscana è la prima regione in Italia ad aver approvato, in data 11 febbraio 2025, una legge regionale che regola le procedure e i tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito	alla data del 14 marzo 2024 sono state raccolte più di 10.000 firme di sottoscrizione della proposta di legge. la proposta di legge è stata depositata e ritenuta ammissibile, quindi nell'estate del 2024 sono iniziate le audizioni di esperti in Commissione Sanità
UMBRIA	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	inizialmente era stata depositata una proposta di legge che ineriva unicamente ai pazienti terminali. dopo le elezioni regionali del novembre 2024, il testo della proposta dovrà essere nuovamente presentato al Consiglio regionale
VALLE D'AOSTA	La proposta di legge è stata dichiarata ammissibile e sono iniziate le audizioni di esperti in Commissione Sanità	nel febbraio 2024 è stato depositato il testo della proposta di legge. nell'estate del 2024 sono iniziate le audizioni di esperti presso la commissione sanitaria, tuttora in corso
VENETO	Non vi sono attualmente proposte di legge regionale relative al suicidio medicalmente assistito	il Veneto è stata la prima regione a discutere la legge depositata con 9.000 firme. la discussione si è svolta il 16 gennaio 2024; in quell'occasione, la regione non ha approvato la legge

Tab.4 L'attuale situazione italiana regione per regione (Marozzi F.,2025).

Da quando il quadro normativo stabilito dalla sentenza della Corte Costituzionale italiana del 2019 ha creato la possibilità di assistenza medica a fine vita nei casi specifici delineati e secondo la procedura prescritta per la depenalizzazione del PAS, le richieste e le domande di PAS sono in aumento.

Come emerge dal 57° Rapporto sulla situazione sociale della società italiana nel 2023, redatto dal CENSIS (CENSIS.,2023), “il 74% degli italiani si dichiara favorevole all'eutanasia, con percentuali che si estendono a tutto il corpo sociale, raggiungendo l'82,2% tra i giovani e il 79,2% tra i laureati”. Tuttavia, a quattro anni dalla pubblicazione

della sentenza della Corte Costituzionale del 2019, persistono ancora numerosi ostacoli che impediscono agli interessati di accedere alla PAS. In un contesto di prolungati ritardi nella regolamentazione legislativa, sono state emesse diverse decisioni giudiziarie, che sottolineano le difficoltà di affrontare una questione così complessa senza un quadro normativo e affidandosi esclusivamente agli interventi della Corte Costituzionale.

In assenza di dati ufficiali sulla PAS, secondo il comunicato stampa pubblicato sul sito dell'Associazione Luca Coscioni il 1° aprile 2025, ad oggi sono pervenute 51 richieste in diverse regioni con esiti variabili tra approvazioni, dinieghi e procedure in corso (Associazione Luca Coscioni.,2025).

In assenza di un intervento legislativo da parte dello Stato, il SSN non è riuscito a garantire procedure tempestive e adeguate come previsto dalla sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019 (valutazione dell'idoneità medica del paziente; identificazione del farmaco letale appropriato e del suo metodo di autosomministrazione; verifica della chiara e inequivocabile intenzione del paziente; e conferma che il paziente sia stato pienamente informato sulla sua condizione e sulle possibili alternative, come l'accesso alle cure palliative e, ove appropriato, alla sedazione profonda continua). Di conseguenza, dal 2019, numerose richieste di avvio della procedura PAS sono state presentate ai tribunali a causa di ritardi da parte delle autorità sanitarie o di incertezze circa il rispetto dei criteri stabiliti dalla Corte Costituzionale.

Ciò ha portato a un panorama nazionale frammentato e incoerente. Anche in presenza delle condizioni stabilite dalla sentenza n. 242/2019, alcuni tribunali hanno negato l'esistenza di un obbligo da parte delle aziende sanitarie locali di fornire servizi di suicidio assistito, inclusa la somministrazione dei farmaci necessari (Associazione Luca Coscioni.,2021), mentre altri hanno affermato tale obbligo (Associazione Luca Coscioni.,2023). Questa divergenza ha determinato gravi disparità nel trattamento dei pazienti in circostanze cliniche e giuridiche comparabili. In questo contesto, caratterizzato da significative sfide nell'attuazione della sentenza della Corte Costituzionale del 2019, principalmente dovute all'assenza di una legislazione nazionale, una serie di casi legali e un numero limitato di iniziative normative regionali hanno riaperto il dibattito, in particolare in merito al criterio della dipendenza dai LST (Turillazzi E et al.,2025).

1.5.2 APPLICAZIONI GIURISPRUDENZIALI DEL SUICIDIO ASSISTITO IN ITALIA

Il caso di Anna:

La sentenza del tribunale di Trieste (4 luglio 2023) nel caso di “Anna” (nome fittizio), donna di circa 55 anni affetta da sclerosi multipla progressiva, ha comportato l’intervento del giudice a quo per i prolungati ritardi nell’accertamento delle sue condizioni fisiche (Associazione Luca Coscioni.,2023). Il giudice competente ha condannato l’azienda sanitaria locale al pagamento di una penale per ogni giorno di ritardo nell’adempimento dei propri obblighi. Solo a seguito di tale pronuncia l’azienda sanitaria ha finalmente fornito all’interessata l’assistenza medica necessaria, ivi compreso il farmaco letale e l’attrezzatura necessaria per l’autosomministrazione, con tutti i costi a carico del SSN. “Anna” è quindi la prima paziente in Italia ad accedere al suicidio volontario interamente a carico del SSN.

È un dato di fatto che le differenze strutturali all'interno del sistema sanitario italiano – dove le autorità regionali hanno una responsabilità pressoché esclusiva per l'organizzazione e l'erogazione dei servizi sanitari – unite alla persistente assenza di linee guida nazionali e protocolli standardizzati, hanno contribuito a ritardi significativi nella verifica delle condizioni mediche dei pazienti da parte delle ASL e dei CE territorialmente competenti. Inoltre, incertezze procedurali – come quelle relative al tipo, alla qualità e alle modalità di somministrazione del farmaco letale – hanno, in alcuni casi, reso necessario l'intervento giudiziario, spesso dando luogo a sentenze incoerenti e divergenti.

Indubbiamente, le attuali procedure di accesso ai PAS presentano notevoli limiti, primo fra tutti l’assenza di una normativa regionale che – in attesa dell’adozione di una legge nazionale – garantisca tempi certi per l’iter di verifica. Ad oggi, la Toscana rimane l’unica regione ad aver emanato una legge in tal senso. Il 14 marzo 2025 è stata approvata la legge regionale n. 16/2025, recante “Modalità organizzative per l’attuazione delle sentenze della Corte costituzionale n. 242/2019 e n. 135/2024”, volta a garantire un iter regolamentato e uniforme per l’accesso ai PAS (Regional Law of Tuscany.,2025).

La legge stabilisce che chiunque richieda una valutazione delle proprie condizioni di salute per accedere al PAS deve ricevere una risposta entro un massimo di trenta giorni. Più specificamente, la prima fase prevede la verifica dei requisiti indicati dalle citate

sentenze della Corte Costituzionale da parte di una Commissione composta da diverse figure quali anestesista, psichiatra, psicologo, medico legale, infermiere, e integrata, di volta in volta, da un medico specializzato nella patologia da cui è affetto il richiedente l'accesso al PAS. La Commissione è tenuta a richiedere il parere della Commissione Europea sugli aspetti etici del caso in questione. In caso di esito positivo e conferma della scelta, l'assistenza deve essere fornita entro ulteriori sette giorni. Tuttavia, il Governo italiano ha impugnato la legge regionale toscana, sostenendo che la regolamentazione di tali materie rientra nella competenza esclusiva del legislatore nazionale (Turillazzi E et al.,2025).

Il caso di Davide Trentini:

Davide Trentini, affetto da sclerosi multipla, ha richiesto la PAS ed è stato pertanto accompagnato da Marco Cappato e Mina Welby in Svizzera, dove gli è stata somministrata un'iniezione endovenosa del farmaco letale, tramite un meccanismo di iniezione da lui stesso attivato, che lo ha portato alla morte in pochi minuti. Al rientro in Italia, Marco Cappato e Mina Welby sono stati accusati di istigazione e favoreggiamento al suicidio. La Corte d'Assise di Massa Carrara ha assolto gli imputati dalle accuse di istigazione e favoreggiamento al suicidio. Contestualmente, i giudici hanno affrontato il tema della dipendenza da LST (Associazione Luca Coscioni.,2020; Court of Assizes of Massa.,2020).

L'aspetto più controverso del caso Trentini, e il motivo per cui la sentenza della Corte d'Assise di Massa era particolarmente attesa, riguardava la questione se il requisito della "dipendenza da trattamenti di sostegno vitale", così come definito dalla Corte Costituzionale, potesse essere considerato elemento costitutivo della causa di non punibilità ai sensi dell'articolo 580 del Codice Penale. Il signor Trentini, infatti, non era collegato a macchinari per l'alimentazione, la respirazione o la somministrazione di farmaci. Soffriva di sclerosi multipla dal 1993. Nel tempo, la malattia è diventata progressivamente irreversibile: ha progredito lentamente ma inevitabilmente, rendendo impossibile la guarigione e portando a condizioni sempre più dolorose. Il signor Trentini aveva bisogno di assistenza per alzarsi dal letto o fare la doccia; la sua andatura è diventata progressivamente atassica e paraparetica, rendendo necessario l'uso di un deambulatore. Cadeva spesso e provava dolori così intensi da essere insopportabili.

Nel corso del dibattimento, il perito ha testimoniato che, negli ultimi anni della sua vita, si poteva effettivamente affermare che il signor Trentini dipendesse da due forme di supporto vitale: una farmacologica e l'altra meccanica.

In primo luogo, il signor Trentini è stato sottoposto a terapia farmacologica mirata, principalmente per gestire il dolore, che aveva raggiunto livelli intollerabili. Un aumento del dosaggio, ripetutamente richiesto dal paziente, avrebbe comportato un'overdose, mentre una riduzione del dosaggio avrebbe portato non solo a un dolore insopportabile, ma anche a un peggioramento dell'insufficienza respiratoria, accelerando così la progressione della malattia e portando alla morte. In secondo luogo, il signor Trentini aveva perso l'autonomia per l'evacuazione intestinale a causa della paralisi dei muscoli intestinali, rendendo necessarie evacuazioni manuali, inizialmente eseguite dagli operatori sanitari e successivamente dalla madre. Senza questo intervento, l'inevitabile conseguenza sarebbe stata la perforazione intestinale, che avrebbe causato il decesso.

Il Tribunale di Massa ha concluso che la patologia di cui soffriva il Sig. Trentini era irreversibile e causava sofferenze sia fisiche che psicologiche. Come dimostrato dalla sua ferma intenzione di porre fine alla propria vita, egli riteneva tale sofferenza assolutamente intollerabile. È stato inoltre stabilito che, nonostante la sofferenza, il Sig. Trentini rimaneva in grado di prendere decisioni libere e consapevoli. Infine, i giudici hanno accolto la testimonianza del perito in merito alla duplice dipendenza (farmacologica e meccanica) che caratterizzava la condizione del Sig. Trentini. Tale dipendenza soddisfaceva il criterio ultimo stabilito dalla Corte Costituzionale per l'esenzione legale dalla responsabilità per suicidio assistito. Secondo i giudici, il Sig. Trentini non era autonomo nei suoi bisogni vitali fondamentali. La sua situazione era analoga a quella di individui che, per continuare a vivere, "dipende da altri" per essere assistiti nel muoversi, mangiare e usare il bagno. Se una persona dipende da altri (siano essi persone o dispositivi) per soddisfare i propri bisogni vitali, il requisito definito dalla Corte Costituzionale può essere considerato soddisfatto. Tuttavia, la questione dei LST ha continuato a evolversi in Italia (Turillazzi E et al.,2025).

Il caso di Massimiliano:

Nel gennaio 2024, il Tribunale di Firenze ha sollevato la questione di legittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice Penale, "come modificato dalla sentenza n.

242 del 2019 della Corte costituzionale”, in particolare della disposizione che prevede l’esenzione legale dalla responsabilità di chi agevola il suicidio altrui, subordinata alla circostanza che l’aiuto sia prestato a persona “mantenuta in vita mediante trattamenti di sostegno vitale”.

Sono stati sollevati dubbi sulla legittimità costituzionale del requisito in questione, in particolare con riferimento all'articolo 3 della Costituzione (in quanto determina un'irragionevole disparità di trattamento tra situazioni sostanzialmente identiche); agli articoli 2, 13 e 32 § 2 (in quanto il requisito comporterebbe un'indebita restrizione della libertà di autodeterminazione del paziente nelle scelte terapeutiche); e all'articolo 117 della Costituzione in collegamento con gli articoli 8 e 14 della CEDU, in quanto costituisce un'ingerenza nel diritto al rispetto della vita privata e familiare non giustificata dalla tutela del diritto alla vita (Court of Florence.,2024). Il caso riguardava tre membri dell’“Associazione Luca Coscioni”, indagati per aver agevolato il suicidio di un uomo, “Massimiliano”, affetto da sclerosi multipla, accompagnandolo in Svizzera per l'accesso alla PAS. Il paziente, dopo il peggioramento delle sue condizioni e il peggioramento delle sue condizioni di salute, ha iniziato a contemplare l'idea del suicidio nel 2021. Nel 2022, la sua intenzione di morire si è rafforzata, portandolo a contattare una clinica svizzera con la mediazione di Marco Cappato, rappresentante legale dell'associazione. Il signor Cappato ha fornito supporto finanziario, coprendo i costi della procedura e del trasporto del paziente in Svizzera. L'8 dicembre 2022, dopo aver confermato la sua volontà di porre fine alla sua vita, Massimiliano ha ingerito autonomamente il farmaco letale con il braccio che riusciva ancora a controllare, morendo pochi minuti dopo.

Come nel caso del Sig. Trentini, una volta rientrati in Italia, i membri dell’“Associazione Luca Coscioni” sono stati accusati di istigazione e favoreggiamento al suicidio. Il Giudice di Firenze ha ritenuto che i fatti non rientrassero nella previsione di non punibilità introdotta dall'art. 580 c.p. a seguito della sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, in quanto “non ricorreva il requisito della 'dipendenza da trattamenti di supporto vitale””. Nel caso di specie, il paziente non era mantenuto in vita da dispositivi di supporto vitale, né lo stadio avanzato della sua malattia richiedeva tali trattamenti. Di conseguenza, il Giudice ha sollevato questione di legittimità costituzionale del requisito previsto dalla sentenza n. 242/2019 (21) valutando se la condizione di essere “mantenuto

in vita da trattamenti di supporto vitale” potesse potenzialmente contrastare con i principi della Costituzione italiana.

Ciò ha portato alla sentenza della Corte Costituzionale, in cui sono stati riformulati anche i criteri per il riconoscimento degli LST, come discusso di seguito (Italian Constitutional Court.,2024).

1.6 IL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO NEL CONTESTO REGIONALE MARCHIGIANO

Attualmente (il 12 febbraio 2025), la Toscana, ha emanato un testo legislativo sul tema ed è, quindi, la prima e unica regione italiana ad aver approvato una legge regionale sul suicidio medicalmente assistito (Marozzi F.,2025).

Nella regione Marche, il suicidio assistito non è regolamentato da una legge regionale propria, nonostante sia stata la regione dove si è verificato il primo caso in Italia (Federico Carboni nel 2022). La materia è attualmente gestita attraverso l'applicazione diretta delle sentenze della Corte Costituzionale e il coinvolgimento del servizio sanitario regionale.

Stato della Regolamentazione nelle Marche

- **Assenza di una Legge Regionale:** Una proposta di legge di iniziativa popolare denominata "Liberi Subito", volta a stabilire tempi e procedure certi per l'accesso al fine vita, è stata depositata in Consiglio regionale nel novembre 2025. Al momento, l'iter legislativo risulta ancora in corso presso le Commissioni competenti, mantenendo la regione in una situazione di stallo normativo rispetto a regioni come la Toscana.
- **Protocolli Operativi:** In mancanza di una legge, l'azienda sanitaria regionale (AST, ex ASUR Marche) agisce caso per caso, istituendo commissioni multidisciplinari per verificare la sussistenza dei requisiti stabiliti dalla sentenza 242/2019.
- **Precedenti Storici:** Le Marche hanno fatto scuola a livello nazionale per i casi di: Federico Carboni (noto come "Mario") Prima persona in Italia ad accedere legalmente al suicidio assistito nel giugno 2022 e Fabio Ridolfi che ha ottenuto il via libera dal

comitato etico ma, a causa dei ritardi burocratici regionali, ha scelto la sedazione profonda.

In assenza di una legge specifica, il percorso segue le direttive della Consulta:

1. Richiesta formale: Il paziente deve inviare una richiesta all'azienda sanitaria di competenza territoriale.
2. Verifica Medica: Una commissione dell'azienda sanitaria verifica le 4 condizioni (patologia irreversibile, sofferenze intollerabili, dipendenza da sostegni vitali, capacità di intendere).
3. Parere Etico: La documentazione viene inviata al Comitato Etico territorialmente competente per un parere consultivo.
4. Esecuzione: Se i requisiti sono confermati, il Servizio Sanitario deve fornire il farmaco e la strumentazione necessaria.

La proposta di legge n. 8 (Consiglio regionale delle Marche.,2025), presentata nel contesto del Consiglio regionale delle Marche, mira a definire le procedure e i tempi per l'assistenza sanitaria nel suicidio medicalmente assistito, in conformità con le sentenze n. 242/2019 e n. 135/2024 della Corte Costituzionale. La proposta di legge risulta essere in stallo da lungo tempo (circa tre anni) all'interno delle commissioni regionali. Il testo prevede che le strutture sanitarie pubbliche garantiscano l'assistenza alle persone malate che richiedono la verifica delle condizioni e le modalità di autosomministrazione del farmaco letale. Viene istituito un iter per la verifica dell'ammissibilità della richiesta, con un parere che dovrebbe essere fornito entro venti giorni e l'autosomministrazione entro una settimana dal parere positivo.

Il caso di “Mario”:

Emblematico è il caso di “Mario” (nome fittizio scelto dal paziente stesso, FC), primo paziente italiano ad accedere alla PAS. Nel 2010, Mario è diventato tetraplegico a causa di una grave lesione spinale riportata in un incidente stradale, che lo ha reso dipendente da LST intensivi. Dopo anni di sofferenze insopportabili, ha preso la decisione nel 2020 di porre fine alla sua vita attraverso la PAS. Il processo che ha portato alla sua morte il 16 giugno 2022 è iniziato con una richiesta all’Azienda Sanitaria delle Marche di valutare se soddisfacesse i criteri stabiliti dalla Corte Costituzionale per l’accesso alla PAS.

Inizialmente, l’Azienda Sanitaria regionale ha respinto la sua richiesta. In risposta, Mario ha presentato ricorso al Tribunale regionale di Ancona, che ha inizialmente respinto la sua richiesta di obbligare l’Azienda Sanitaria a prescrivere il farmaco necessario per una morte “rapida, efficace e non dolorosa” (16). Imperterrito, Mario ha presentato un secondo ricorso. Il ricorso ha annullato la precedente sentenza e ha ordinato all’Azienda Sanitaria delle Marche di valutare l’idoneità del paziente alla PAS, come definita dalla Corte Costituzionale, e di verificare l’appropriatezza e l’efficacia del metodo e del farmaco proposti per garantire una morte rapida, indolore e dignitosa. La valutazione ha richiesto la consultazione del Comitato Esecutivo della giurisdizione competente. Il 9 novembre 2021, il Comitato Esecutivo delle Marche ha emesso parere favorevole, seguito da un chiarimento il 23 novembre 2021, affermando che la decisione finale sul diritto di Mario all’accesso alla PAS spettava al Tribunale di Ancona.

Successivamente, nel gennaio 2022, l’Azienda Sanitaria delle Marche ha individuato un farmaco appropriato: il tiopentale sodico, un anestetico generale barbiturico a rapida insorgenza e breve durata d’azione, ritenuto in grado di garantire una morte rapida e indolore alla dose di 3-5 grammi per un adulto del peso di 70 kg. La modalità di somministrazione specificata era l’infusione endovenosa autosomministrata. Infine, il 16 giugno 2022, due anni dopo la sua richiesta iniziale, Mario ha potuto accedere al PAS.

Il presente caso è alla base di affermazioni relative ai requisiti fondamentali della sentenza della Corte Costituzionale n. 242/2019, che fa riferimento alla Legge 219/2017, in particolare per quanto riguarda:

- il requisito che la volontà dell’individuo deve essere stata espressa in modo chiaro e inequivocabile, nella misura consentita dalla sua condizione; e
- la necessità di tale volontà dovrà essere valutata alla luce del fatto che il paziente deve essere stato adeguatamente informato sia sulla propria condizione sia sulle possibili opzioni alternative, in particolare per quanto riguarda l’accesso alle cure palliative e alla sedazione palliativa profonda continua (Turillazzi E et al.,2025).

Il caso di Fabio Ridolfi:

Analogamente a Mario, anche Fabio Ridolfi, un uomo di 46 anni costretto a letto da 18 anni a causa di tetraparesi, ha avuto i requisiti di idoneità alla Corte Costituzionale riconosciuti da un Comitato Etico, il 19 maggio 2022. Tuttavia, il Comitato Etico non ha indicato il tipo di farmaco e la dose da autosomministrarsi. Fabio Ridolfi ha deciso di non procedere con i ricorsi e ha chiesto l'interruzione di tutti i trattamenti (come consentito dalla legge 219/2017). Gli è stata quindi somministrata la sedazione palliativa ed è deceduto dopo pochi giorni (Cecchi R et al.,2024).

2. OBIETTIVO

L'obiettivo di questo elaborato è individuare le migliori evidenze disponibili in letteratura scientifica riguardanti il ruolo degli infermieri nel processo di eutanasia e suicidio medicalmente assistito, analizzando le loro esperienze emotive, etiche e comunicative, i loro atteggiamenti nei diversi contesti europei e l'impatto dell'obiezione di coscienza, al fine di identificare i bisogni formativi e le strategie di supporto professionale.

3. MATERIALI E METODI

Il presente elaborato è stato sviluppato come revisione narrativa della letteratura attraverso la consultazione delle principali banche dati scientifiche biomediche, tra cui PubMed/MEDLINE e Google Scholar, al fine di individuare articoli scientifici pertinenti all'argomento trattato. Sono state inoltre consultate riviste scientifiche, documenti istituzionali, sentenze giuridiche e fonti normative nazionali e internazionali utili per l'inquadramento legislativo e bioetico del suicidio medicalmente assistito.

Per ampliare il reperimento delle fonti, sono state analizzate anche le bibliografie degli articoli selezionati, con l'obiettivo di individuare ulteriori studi rilevanti.

Metodologia PICO

Il quesito di ricerca è stato formulato secondo la metodologia PICO:

- P (Ppopulation): pazienti affetti da patologie gravi e irreversibili che richiedono l'accesso a decisioni di fine vita;
- I (Intervention): suicidio medicalmente assistito nell'ambito delle procedure sanitarie previste nei diversi ordinamenti;
- C (Comparison): gestione delle cure di fine vita attraverso le cure palliative e le altre modalità di accompagnamento terapeutico;
- (Outcome): comprensione delle implicazioni etiche, normative e assistenziali legate all'accesso al suicidio medicalmente assistito.

Il quesito di ricerca che ha guidato l'elaborazione della revisione è stato il seguente:

Quali sono le principali evidenze scientifiche e normative relative al suicidio medicalmente assistito e quali implicazioni etiche, giuridiche e assistenziali emergono per i professionisti sanitari nel contesto delle decisioni di fine vita?

Strategia di ricerca

La strategia di ricerca ha previsto l'utilizzo di parole chiave libere e di termini combinati mediante l'impiego degli operatori booleani "AND" e "OR".

Tra le principali combinazioni utilizzate:

- assisted suicide
- medical assistance in dying (MAID)
- assisted suicide AND nursing
- assisted suicide AND ethics
- end-of-life decision making
- assisted dying AND legislation
- euthanasia OR assisted suicide

Le ricerche sono state effettuate prevalentemente in lingua inglese, in quanto gran parte della letteratura scientifica disponibile sull'argomento è pubblicata in tale lingua.

Criteri di inclusione

Sono stati inclusi nella revisione:

- articoli scientifici pubblicati negli ultimi cinque anni (2021-2026);
- studi redatti in lingua inglese o italiana;
- pubblicazioni su riviste scientifiche sottoposte a peer review;
- articoli che analizzano il suicidio medicalmente assistito dal punto di vista normativo, etico, sanitario o assistenziale;
- documenti giuridici, sentenze e testi normativi rilevanti per l'inquadramento del fenomeno nel contesto italiano.

Criteri di esclusione

Sono stati esclusi:

- articoli pubblicati prima del periodo considerato, salvo contributi ritenuti fondamentali per l'inquadramento teorico dell'argomento;

- studi non pertinenti al contesto sanitario o bioetico del suicidio medicalmente assistito;
- pubblicazioni prive di revisione scientifica o non sufficientemente rilevanti per l'obiettivo dello studio.

La selezione degli studi è stata effettuata attraverso una prima analisi dei titoli e degli abstract, seguita da una lettura approfondita degli articoli ritenuti pertinenti. Le informazioni principali estratte dagli studi selezionati hanno riguardato autore, anno di pubblicazione, obiettivi dello studio, contesto normativo o sanitario analizzato e principali risultati emersi.

4. RISULTATI

Gli infermieri svolgono un ruolo importante nel processo di cura dei pazienti che richiedono l'eutanasia. Sono spesso i primi operatori sanitari a ricevere la richiesta di eutanasia (De Bal et al., 2008; De Beer et al., 2004). L'assistenza che forniscono è complessa e dinamica, a partire dal periodo precedente la richiesta fino al periodo successivo all'eutanasia, quando si prendono cura della famiglia (Dierckx et al., 2010). La comunicazione è lo strumento più importante a disposizione degli infermieri per fornire un'assistenza eutanasi di buona qualità. Gli infermieri sono ritratti come difensori e mediatori che facilitano una comunicazione aperta tra medico, paziente e famiglia (Denier et al., 2010). Gli infermieri si sentono personalmente e professionalmente responsabili di garantire che i pazienti che richiedono l'eutanasia ricevano la migliore assistenza possibile (Elmore et al., 2016). Gli infermieri percepiscono il loro coinvolgimento in questo processo di cura come molto intenso. Nello studio qualitativo di Denier et al (2010), gli infermieri hanno descritto il loro coinvolgimento come portatore di un duplice peso morale ed emotivo. Hanno sperimentato una discrepanza perché, da un lato, vedevano l'eutanasia come una morte serena e piacevole, ma dall'altro la vedevano come una morte pianificata e innaturale (Denier et al., 2010). Inoltre, gli infermieri possono provare diverse emozioni negative, come incertezza morale e sentimenti di colpa, impotenza, frustrazione, ansia e segretezza (Berghs et al., 2005; De Bal et al., 2008; Denier et al., 2010).

Ricerche precedenti hanno evidenziato che gli infermieri sperimentano un graduale miglioramento nel tempo nella gestione di una richiesta di eutanasia, sia a livello organizzativo che pratico. Quando hanno maggiore esperienza con le richieste di eutanasia, gli infermieri sanno meglio cosa fare, quando e come farlo, e si sentono meno insicuri. Tuttavia, questo miglioramento pratico non significa che il loro coinvolgimento diventi più facile a livello emotivo (Denier et al., 2010; Elmore et al., 2016). Il modo in cui gli infermieri vivono il loro coinvolgimento dipende in parte da questioni contestuali, ad esempio la durata del tempo disponibile per interagire con i pazienti (Elmore et al., 2016). In Belgio, l'eutanasia è stata legalizzata nel 2002 (Ministry of Justice., 2002). I casi segnalati di eutanasia sono quasi decuplicati, passando da soli 259 all'inizio della legalizzazione a 2.309 nel 2017 (Federal Commission for Euthanasia Control and

Evaluation.,2004; Federal Commission for Euthanasia Control and Evaluation., 2008). Questo aumento implica che gli infermieri si trovino sempre più spesso a dover gestire richieste di eutanasia da parte dei pazienti, sebbene nella legge belga il ruolo dell'infermiere sia scarsamente descritto. Ai sensi dell'articolo 2.4 della legge belga sull'eutanasia, il medico deve discutere la richiesta del paziente con l'équipe infermieristica o con i suoi membri, se esiste un'équipe infermieristica che ha contatti regolari con il paziente (Ministry of Justice, 2002). Tuttavia, studi hanno riportato che il ruolo degli infermieri nella pratica clinica comprende molto più di quanto descritto dalla legge (De Bal et al., 2008).

In uno studio condotto in Belgio nel 2019, la maggior parte degli intervistati ha descritto il proprio coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia come molto "intenso". Prendersi cura di un paziente che chiedeva l'eutanasia ha provocato un mix di emozioni travolgenti, rendendo il processo di cura altamente emotivo e sconvolgente. Termini come "stressante", "conflittuale", "soffocante", "orribile" e "senza parole" sono stati usati per descrivere le loro esperienze. In particolare, la natura dell'eutanasia ha reso ambiguo il coinvolgimento nel processo di cura. L'eutanasia comporta la fine intenzionale della vita di qualcuno su sua richiesta.

La maggior parte dei partecipanti ha percepito l'eutanasia come un modo brusco di dire addio e l'ha descritta come un fenomeno innaturale e pianificato, il che l'ha resa surreale per loro. Questa sensazione è stata rafforzata dal breve lasso di tempo in cui viene eseguita l'eutanasia, spesso solo cinque minuti. Per usare le parole di un'infermiera, ha letteralmente "visto la vita del paziente abbandonare il suo corpo".

Gli intervistati hanno chiaramente percepito la morte per eutanasia come completamente diversa dalla morte naturale. Pertanto, l'assistenza a un paziente che richiede l'eutanasia non può essere considerata parte dell'assistenza quotidiana. I partecipanti si sono confrontati con molte domande e dubbi durante l'assistenza a un paziente che richiede l'eutanasia. I loro racconti hanno fatto emergere interrogativi sulle ragioni alla base delle richieste di eutanasia, su cosa dire o fare nei momenti cruciali, su come reagiranno i pazienti e i familiari e, più in generale, sulle proprie capacità e limitazioni nell'accompagnare i pazienti e i loro familiari in questo processo. Questi dubbi hanno

spesso portato gli infermieri a sentirsi insicuri, aumentando così la complessità e l'intensità del coinvolgimento nell'assistenza all'eutanasia.

La natura specifica dell'assistenza all'eutanasia ha dato origine a un mix di emozioni a volte contraddittorie, come ampiamente illustrato dai partecipanti. Hanno descritto i loro sentimenti di incredulità, delusione e rabbia, ma anche di amore, calore e dolore. Hanno spiegato come riuscissero a percepire la tristezza, il dolore e la paura dei pazienti e delle loro famiglie e, allo stesso tempo, a sperimentare un'atmosfera di pace, serenità e armonia. Questa discrepanza di sentimenti ed esperienze ha contribuito anche all'intensità del loro coinvolgimento. In un contesto di sentimenti contrastanti e travolgenti, gli intervistati hanno avvertito un forte bisogno di fornire la migliore assistenza possibile. Hanno descritto come desiderassero rendere gli ultimi momenti dei pazienti e delle loro famiglie il più perfetti possibile.

La comunicazione tra il paziente, la famiglia e gli infermieri è stata considerata un elemento essenziale per una buona assistenza, sebbene tale comunicazione non sia stata vissuta come ovvia. La tristezza delle famiglie dei pazienti è stata descritta come travolgente, rendendo queste conversazioni molto intense. Il tempo per discutere e soddisfare le ultime volontà dei pazienti è stato spesso limitato. Come raccontato dagli intervistati, l'assistenza a un paziente che richiede l'eutanasia può essere "estenuante".

Tutti gli intervistati hanno descritto il loro coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia come intenso; tuttavia, abbiamo notato diversi livelli di intensità tra gli infermieri e all'interno dell'esperienza degli stessi infermieri. Il livello di intensità può variare a seconda del contesto specifico o della fase del processo di cura dell'eutanasia. La maggior parte degli infermieri, ad esempio, ha descritto di aver vissuto il momento dell'eutanasia stessa come più intenso rispetto ai giorni precedenti. Altri hanno sperimentato maggiori difficoltà nei giorni precedenti, poiché sono stati messi alla prova da domande esistenziali sulla richiesta, sul loro ruolo e sui loro atteggiamenti nei confronti di tale richiesta.

Alcuni infermieri hanno descritto esplicitamente la loro prima esperienza di coinvolgimento come la più intensa. "La prima che non si dimentica mai", come ha affermato uno dei partecipanti. Nelle loro prime esperienze di coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia, gli infermieri non sapevano cosa aspettarsi e cosa provare,

come avrebbero reagito o come comportarsi, il che ha chiaramente aumentato l'intensità del processo di cura. Tuttavia, anche gli infermieri con una notevole esperienza nell'assistenza all'eutanasia non hanno vissuto l'assistenza all'eutanasia come assistenza infermieristica di routine.

Nonostante l'intensità e le difficoltà del coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia, quasi tutti gli infermieri hanno descritto come queste esperienze di cura abbiano spesso dato loro anche un senso di realizzazione professionale. L'analisi delle interviste ha rivelato due fonti di realizzazione. In primo luogo, gli infermieri hanno spiegato come sono stati in grado di contribuire efficacemente a una buona assistenza quando sono stati coinvolti nell'assistenza all'eutanasia. Si sentivano nella posizione ideale per fare davvero la differenza per i pazienti e le loro famiglie. Sulla base della loro competenza professionale, hanno cercato di determinare come fornire la migliore assistenza ai pazienti e alle loro famiglie in questa fase della vita e come soddisfare le ultime volontà dei pazienti. Le loro storie hanno ampiamente illustrato come il coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia implichi molto più dei semplici aspetti tecnici dell'assistenza. "Senza il nostro contributo, il processo di cura dell'eutanasia sarebbe diverso", come ha affermato uno degli intervistati. In secondo luogo, la maggior parte degli infermieri si è sentita privilegiata di essere tra le persone autorizzate a condividere momenti intimi nella vita dei pazienti, il che ha contribuito anche alla loro realizzazione professionale. Hanno fatto riferimento all'opportunità unica di accompagnare i pazienti nell'ultima fase della loro vita e condividere momenti straordinari con tutti i soggetti coinvolti. Alcuni partecipanti hanno considerato un onore far parte della cerchia intima di un paziente. Sperimentare la fiducia dei pazienti e la loro disponibilità a condividere sentimenti e pensieri intimi è stato descritto come unico e arricchente, aggiungendo una dimensione speciale al lavoro degli infermieri.

Essere in grado di rispettare e soddisfare i desideri dei pazienti e di contribuire a una fine vita dignitosa ha dato agli infermieri un profondo senso di soddisfazione professionale. Questa sensazione positiva è stata particolarmente rafforzata quando tutto nel processo di eutanasia è andato come pianificato dal paziente e dalla sua famiglia. La gratitudine della famiglia e la consapevolezza di poter davvero fare la differenza per il paziente e la famiglia hanno dato agli infermieri forza ed energia e li hanno incoraggiati a continuare.

Come ha affermato uno dei partecipanti, "è il carburante per il motore, per farlo funzionare quando non sta andando così bene".

Per alcuni infermieri, o in alcuni casi, sebbene rappresentassero una minoranza, le esperienze di coinvolgimento nel processo di cura dell'eutanasia sono state piuttosto negative.

Alcuni partecipanti hanno descritto forti sentimenti di frustrazione, come rabbia, irritazione, indignazione o esasperazione. L'impossibilità di contribuire a una buona assistenza per un paziente che richiedeva l'eutanasia sembrava contribuire a questi sentimenti negativi. La maggior parte delle frustrazioni era legata alla richiesta di eutanasia e alle sue motivazioni sottostanti. In alcuni casi, è stato difficile per gli intervistati comprendere perché i pazienti desiderassero morire, soprattutto quando la sofferenza psicologica spingeva il paziente a richiedere l'eutanasia. In alcuni casi, gli infermieri ritenevano che la famiglia del paziente non capisse veramente cosa significasse l'eutanasia, sebbene ne sostenesse fermamente la richiesta.

Le difficoltà degli infermieri nel comprendere veramente il desiderio di morte di alcuni pazienti erano spesso accompagnate dalla sensazione che i pazienti o le loro famiglie non potessero accettare l'idea di una morte naturale. Richiedere l'eutanasia principalmente perché "si ha paura di ciò che sta per arrivare" o perché "si vuole superare l'ultima fase della vita il più rapidamente possibile per evitare sofferenze" è stato difficile da comprendere per alcuni intervistati.

Gli infermieri hanno poi osservato molti modi diversi di affrontare la sofferenza e le domande esistenziali. Prendersi cura di un paziente con una percezione della vita e della qualità della vita non in linea con la propria è stato, per alcuni infermieri, una sfida. Oltre alle ragioni sottostanti alla richiesta, l'enfasi sulla natura ovvia e imperativa della richiesta ha causato molte frustrazioni. Gli intervistati hanno descritto come, in alcuni casi, si siano sentiti pressati dal paziente o dalla sua famiglia che insistevano sul diritto della persona all'eutanasia. Come ha spiegato un intervistato, "Una volta espletate le formalità, ci si aspetta che l'atto venga eseguito".

L'esperienza che l'eutanasia fosse utilizzata come una soluzione facile per risolvere i problemi è stata snervante per alcuni infermieri e ha portato alla sensazione di essere

obbligati ad agire in un modo incoerente con i propri valori. Gli infermieri hanno suggerito che l'impatto dell'esecuzione dell'eutanasia sugli infermieri viene spesso trascurato. Anche il modo in cui il processo di cura dell'eutanasia veniva eseguito e/o organizzato poteva evocare sentimenti di frustrazione. Ad esempio, quando il medico ignorava la richiesta di eutanasia del paziente o si comportava in modo scortese o disonesto nei confronti del paziente e della sua famiglia, gli infermieri si sentivano arrabbiati e impotenti.

Tutti gli intervistati hanno descritto una buona comunicazione tra il medico e loro stessi nel processo di cura dell'eutanasia come una condizione essenziale per una buona assistenza. La mancanza di tempo o di altre misure di assistenza essenziali era un'altra fonte di frustrazione. Non avere il tempo o l'opportunità di conoscere il paziente e la sua famiglia, di ascoltare attentamente la richiesta di eutanasia o di pianificare e discutere meticolosamente il processo di cura dell'eutanasia ha causato molta frustrazione (Bellens M et al.,2020).

4.1 ESPERIENZE ED ATTEGGIAMENTI DEGLI INFERMIERI EUROPEI NEI CONFRONTI DEL SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO

Nel contesto italiano il suicidio medicalmente assistito non rappresenta ancora una pratica clinica strutturata e regolamentata all'interno dei percorsi assistenziali ordinari. Di conseguenza, non esiste ad oggi un'esperienza infermieristica consolidata e sistematicamente organizzata relativa alla gestione di tale pratica. Per questo motivo, al fine di comprendere più approfonditamente il ruolo dell'infermiere nel processo di morte medicalmente assistita, verranno presi in esame gli studi provenienti da paesi in cui questa procedura è maggiormente regolamentata e integrata nei sistemi sanitari.

In Europa, lo status giuridico e l'accettazione sociale dell'eutanasia e del suicidio assistito variano notevolmente. Paesi Bassi, Belgio e Lussemburgo hanno legalizzato queste pratiche a condizioni rigorose, con quadri giuridici dettagliati. Al contrario, molti paesi mantengono politiche restrittive o proibitive. Esiste un divario tra ovest e est, con le nazioni dell'Europa occidentale, soprattutto quelle con accesso legale, che mostrano una

maggiore accettazione rispetto a quelle orientali (Cohen J et al.,2014; Doljak SA.,2024; Cohen J et al.,2006). Queste differenze derivano da fattori etici e contestuali come l'autonomia del paziente, la sacralità della vita, i timori di abusi e l'opposizione religiosa o culturale (Moller H-J.,2021).

Per gli infermieri, questi fattori plasmano in modo significativo i loro atteggiamenti, creando spesso dilemmi etici quando le politiche istituzionali sono in conflitto con i desideri dei pazienti. Da una prospettiva europea sui diritti umani, gli ospedali con politiche restrittive devono informare i pazienti delle alternative se le loro richieste sono in conflitto con l'etica istituzionale (Tack S.,2011). Le disparità giuridiche hanno anche portato alla "migrazione dei pazienti", dove gli individui si recano in paesi più permissivi per il suicidio assistito (Orsini F et al.,2025).

La morte assistita rimane una questione dibattuta politicamente ed eticamente nell'assistenza sanitaria. Status giuridico e l'accettazione sociale varia in tutta Europa, il che probabilmente si riflette negli atteggiamenti degli infermieri (Nordhaug, M et al.,2026). È quindi essenziale presentare ricerche recenti che possano fornire una panoramica degli atteggiamenti degli infermieri in relazione ai quadri giuridici dei rispettivi Paesi.

Secondo Maio e Haddock (Maio GR & Haddock G.,2010) gli atteggiamenti sono plasmati da processi cognitivi, emotivi e comportamentali, che spesso interagiscono in modi complessi. Per gli infermieri, questi atteggiamenti influenzano l'assistenza al paziente e la collaborazione interprofessionale nei casi di morte assistita. Sebbene gli infermieri debbano aderire a standard professionali che possono limitare la libertà di scelta personale, hanno anche bisogno di una profonda comprensione dei valori che guidano la loro professione (Nordhaug M.,2018).

Ciò include il bilanciamento tra conoscenze e responsabilità specialistiche e le esigenze specifiche dei singoli pazienti. Data la stretta relazione degli infermieri con i pazienti e il ruolo centrale nei team di assistenza, è importante considerare sia la diversità dei loro atteggiamenti sia le influenze condivise nei vari contesti europei. Sulla base delle nostre conoscenze, sono pochi gli studi che esaminano collettivamente gli atteggiamenti degli infermieri europei nei confronti della morte assistita.

Negli ultimi 5 anni, diversi paesi europei sono passati dal divieto sia dell'eutanasia che del suicidio assistito alla legalizzazione di una o di entrambe le pratiche. Comprendere il punto di vista degli infermieri può facilitare una migliore comunicazione e relazioni più solide tra pazienti e operatori sanitari (Nordhaug, M et al.,2026).

Lo status di legalizzazione e la pratica del suicidio assistito variano ampiamente in tutta Europa. Nei paesi in cui rimane illegale, la maggior parte degli infermieri sostiene la regolamentazione legale dell'eutanasia, del suicidio assistito e del suicidio assistito (Nordhaug, M et al.,2026).

Un'indagine spagnola ha rilevato che il 76% degli infermieri nell'assistenza primaria e specialistica sosteneva la legalizzazione, con il 54% disposto a praticare l'eutanasia se legale. In seguito alla legalizzazione del suicidio assistito in Spagna nel 2021, uno studio successivo ha mostrato che il 75,7% e il 72,6% degli infermieri sostenevano rispettivamente la regolamentazione legale dell'eutanasia e del suicidio assistito (Velasco Sanz TR et al.,2022).

In Francia, il 48% degli infermieri sosteneva la legalizzazione dell'eutanasia e il 29% sosteneva il suicidio assistito (Bendiane MK et al.,2009).

In Norvegia, Hol et al (Hol H et al.,2022) hanno scoperto che il 56% degli infermieri sosteneva la legalizzazione del suicidio assistito e il 48% sosteneva l'eutanasia. Gli infermieri hanno espresso opinioni sfumate sul loro coinvolgimento nell'eutanasia. In Finlandia, il 74,7% ha affermato che avrebbe partecipato se fosse stata legale (Terkamo-Moisio A et al.,2017).

Nei Paesi Bassi, la maggior parte degli infermieri riteneva che compiti come l'inserimento di aghi per infusione e la preparazione dell'eutanasia non dovessero essere di loro responsabilità. Alcuni risultati rivelano una dimensione personale: ad esempio, gli infermieri polacchi erano più aperti all'eutanasia per sé stessi che per i parenti stretti. Un altro studio ha mostrato che gli infermieri hanno espresso un forte desiderio di essere maggiormente coinvolti nelle discussioni e nei processi decisionali riguardanti l'eutanasia. Questo sentimento era particolarmente diffuso tra gli infermieri nei paesi in cui l'eutanasia è legale: ad esempio, una significativa maggioranza di infermieri nei Paesi Bassi ha sottolineato l'importanza della partecipazione degli infermieri ai processi

decisionali relativi all'eutanasia (Brzostek T et al.,2008; Francke AL et al.,2016; Van Bruchem-Van De Scheur A et al.,2008).

Francke et al. hanno scoperto che metà degli infermieri olandesi credeva che i pazienti fossero più propensi a richiedere l'eutanasia a un infermiere piuttosto che a un medico. Anche nei paesi in cui non è legale, tali richieste erano comuni; in Norvegia, il 58% degli infermieri che lavoravano in ospedali e nell'assistenza domiciliare ha riferito di averle ricevute (Hol H et al.,2022).

Uno studio qualitativo norvegese ha anche rivelato che gli infermieri spesso si trovavano ad affrontare situazioni emotivamente difficili quando erano soli con pazienti che richiedevano la morte assistita. Gli infermieri hanno espresso un forte desiderio di maggiore guida e competenza nel contesto della morte assistita, citando ruoli poco chiari e una mancanza di formazione adeguata. Hanno sottolineato la necessità di una maggiore competenza, in particolare nella comunicazione con i pazienti che richiedono l'eutanasia (Hol H et al.,2023; De Hert M et al.,2015; Dörmann L et al.,2023).

Gli infermieri hanno anche sottolineato l'importanza di affrontare l'eutanasia nella formazione infermieristica. Queste esigenze di maggiori conoscenze e competenze nella comunicazione erano rilevanti per gli infermieri sia nei paesi in cui l'eutanasia è consentita dalla legge sia in quelli in cui non è permessa (Demedts D et al.,2018).

Gli studi dimostrano che la formazione, le conoscenze e l'esperienza degli infermieri influenzano il loro atteggiamento nei confronti della morte assistita (Bendiane MK et al.,2007). Gli infermieri con una formazione post-laurea in cure palliative o oncologia (ad esempio, laurea specialistica o certificazioni) erano generalmente meno favorevoli all'eutanasia (Haddaway NR et al.,2022), mentre quelli con una formazione universitaria più ampia (ad esempio, laurea triennale) o programmi di formazione in cure palliative più brevi e specifici tendevano ad essere più favorevoli e aperti al coinvolgimento (Terkamo-Moisio A et al.,2019). Bendiane et al. (Bendiane MK et al.,2007) non hanno trovato alcun legame tra la recente esperienza di cure terminali e gli atteggiamenti, ma hanno notato che gli infermieri che partecipavano a conferenze sulle cure palliative o sulla gestione del dolore erano meno favorevoli all'eutanasia.

De Hert et al. (De Hert M et al.,2015) hanno riferito che gli infermieri psichiatrici belgi si sentivano impreparati a gestire le richieste di eutanasia, facendo eco a Dörmann et al., (Dörmann L, Nauck F et al.,2023) che hanno scoperto che gli infermieri tedeschi avevano bisogno di maggiori conoscenze per agire professionalmente e supportare i pazienti, indipendentemente dalle opinioni personali.

Anche l'ambiente di lavoro gioca un ruolo. Gli infermieri che lavoravano nei turni notturni, in reparti di terapia intensiva o con pazienti che soffrivano molto erano più propensi a sostenere l'eutanasia (Van Humbeeck L et al.,2022; Inghelbrecht E et al.,2009). Hol et al. (Hol H et al.,2022) hanno notato che gli infermieri dei reparti di pneumologia ricevevano più richieste relative alla gestione della sofferenza dei pazienti.

Anche l'atteggiamento degli infermieri nei confronti dell'eutanasia è influenzato dalla loro percezione dei fattori relativi al paziente. Dubbi sulla capacità del paziente di prendere una decisione volontaria e ponderata, rispetto per la vita e la fiducia nell'efficacia delle cure palliative contribuiscono ad atteggiamenti meno favorevoli (De Hert M et al.,2015; Demedts D et al.,2018).

Ad esempio, Bendiane et al. (Bendiane MK et al.,2007) hanno scoperto che gli infermieri in Francia che discutevano sistematicamente o frequentemente di questioni di fine vita con i pazienti terminali erano più propensi a sostenere la legalizzazione dell'eutanasia. In uno studio spagnolo, metà degli infermieri (50,3%) riteneva che i pazienti terminali legalmente capaci dovessero avere il diritto al suicidio assistito. (Tamayo-Velazquez MI et al.,2012).

Gli infermieri che mettevano in dubbio la capacità decisionale di un paziente o che nutrivano forti convinzioni sulla sacralità della vita erano meno propensi ad approvare l'eutanasia. In Belgio, ad esempio, la maggior parte degli infermieri accettava l'eutanasia per i pazienti terminali che provavano dolore e sofferenza incontrollati (Demedts D et al.,2018; Inghelbrecht E et al.,2009).

In un sondaggio telefonico nazionale condotto su 602 infermieri distrettuali francesi, Bendiane et al. (Bendiane MK et al.,2007) hanno scoperto che due terzi concordavano sul fatto che l'eutanasia dovesse essere legalizzata per i pazienti con una malattia terminale o una condizione incurabile. In un sondaggio trasversale condotto su infermieri

psichiatrici in Belgio, la stragrande maggioranza riteneva che l'eutanasia fosse giustificata nei casi di sofferenza mentale insopportabile (SMI) e che i pazienti con malattie psichiatriche potessero fare richieste ben ponderate di eutanasia a causa della loro SMI, considerandola distinta dalla loro malattia. Inoltre, coloro che avevano fiducia nella capacità delle cure palliative di gestire efficacemente i sintomi di fine vita erano più inclini a opporsi all'eutanasia, considerandola non necessaria nei paesi in cui è stata legalizzata (Demedts D et al.,2018).

Van Hombeeck et al. (Van Humbeeck L et al.,2022) hanno scoperto che gli infermieri fiamminghi mostravano una maggiore comprensione delle richieste di eutanasia anche in assenza di dolore fisico. In un recente studio condotto in Germania, gli infermieri hanno sottolineato la loro responsabilità all'interno dei team interprofessionali e l'importante ruolo che questi team svolgono nel discernere se la richiesta di morte di un paziente sia un autentico desiderio di morire o l'espressione di un bisogno di supporto in una situazione di vita difficile (De Hert M et al.,2015).

Alla luce della complessità etica e delle implicazioni emotive del suicidio assistito, è fondamentale che gli infermieri ricevano un supporto e una formazione completi sull'argomento. Questo garantisce che gli infermieri siano ben informati sugli aspetti legali, etici e procedurali del suicidio assistito, permettendo loro di affrontare queste situazioni con sicurezza e competenza. Inoltre, comprendere le percezioni e le esperienze degli infermieri riguardo al suicidio assistito è altrettanto importante. Indagando sulle opinioni e i sentimenti degli infermieri verso il suicidio assistito, sui modi in cui vorrebbero o potrebbero essere coinvolti, e sulle questioni che trovano difficili o problematiche, le istituzioni sanitarie possono acquisire una comprensione più profonda delle sfide emotive ed etiche che sorgono in questo contesto. Questa indagine può fornire strategie per supportare gli infermieri nel mantenere il proprio benessere e nel fornire cure ottimali ai pazienti (Cayetano-Penman et al.,2021; Cayetano-Penman et al.,2022).

Secondo uno studio condotto in Austria gli infermieri si sono sentiti più preparati a parlare con i pazienti del suicidio assistito alla fine del 2022 rispetto all'attuazione della legge nel gennaio 2022. Un totale dell'81% degli infermieri ha dichiarato che il proprio benessere e la loro salute mentale non sono stati influenzati dalla nuova legge. Al contrario, il 14,5% ha indicato che il proprio benessere è peggiorato a seguito della nuova legge, mentre il

4,4% ha dichiarato che il proprio benessere è migliorato. Nel campione, il 61,2% degli infermieri ha riferito che almeno uno dei propri pazienti aveva espresso il desiderio di suicidio assistito. Inoltre, il 30,3% degli infermieri ha dichiarato di pentirsi o di aver messo in discussione il modo in cui la questione è stata gestita o discussa con almeno un paziente che desiderava il suicidio assistito. Ulteriori informazioni su questo argomento sono state fornite da n = 22 infermieri. La maggior parte delle dichiarazioni riguardava la comunicazione con il paziente. Un'infermiera ha dichiarato: "C'era una mancanza di empatia e sensibilità nelle discussioni con i pazienti. Un'altra infermiera ha detto: "Non c'era abbastanza tempo e scarsa preparazione per le discussioni." Ulteriori dichiarazioni riguardavano la mancanza di informazioni sia da parte dell'infermiera che del paziente. Un'infermiera ha dichiarato: "I pazienti non sono sufficientemente informati sul tema del suicidio assistito". Un altro ha affermato: "Mancanza di conoscenza personale sull'argomento quando si parla con i pazienti". Sono stati menzionati anche aspetti organizzativi, ad esempio "C'è stato un "silenziamento" del tema all'interno dell'organizzazione, anche dopo casi di suicidio assistito" (Zeilinger, E. L et al.,2025).

Quasi un quarto (24,55%) degli infermieri ha espresso che il proprio atteggiamento generale verso il suicidio assistito era cambiato durante questo primo anno. Gli esempi forniti dagli infermieri indicavano uno spostamento in entrambe le direzioni, per un supporto maggiore e minore. Esempi di maggiore supporto sono stati "*Ho imparato ad accettare che la sofferenza è individuale e a comprendere la decisione per il suicidio assistito (R41).*" oppure "*Sono diventato più aperto (R17).*". Esempi di minore sostegno erano: "*Inizialmente sostenitori, poi contrari, ora incerto, temendo che metta in secondo piano l'hospice/cure palliative (R119).*" e "*Ero un sostenitore, ora lo vedo come uno strumento neoliberista che fa pressione sui malati e morenti (R72).*" (Zeilinger, E. L et al.,2025).

La formazione obbligatoria da parte del datore di lavoro in relazione alla nuova legge è stata segnalata dal 51,1%; Il 67,3% ha ricevuto una formazione opzionale dal datore di lavoro e il 65,3% ha ricevuto una formazione autorganizzata. Sebbene la stragrande maggioranza abbia indicato che queste formazioni fossero molto, o piuttosto utili, l'80,7% degli infermieri ha comunque espresso la necessità di più formazione e informazioni sul suicidio assistito. Gli infermieri hanno riferito che il contenuto di tale formazione

dovrebbe includere, in particolare, gli aspetti organizzativi e legali della nuova legge, oltre a casi di studio, un approccio interdisciplinare e formazione alla comunicazione.

Quando è stato chiesto se fosse necessario un supporto aggiuntivo per le varie parti coinvolte nel processo di suicidio assistito, la maggior parte degli infermieri ha indicato che tutte queste parti avevano bisogno di più supporto. Con il 93% degli infermieri d'accordo, i familiari e i parenti sono stati identificati come quelli più bisognosi di supporto (Zeilinger, E. L et al.,2025). (Fig. 2)

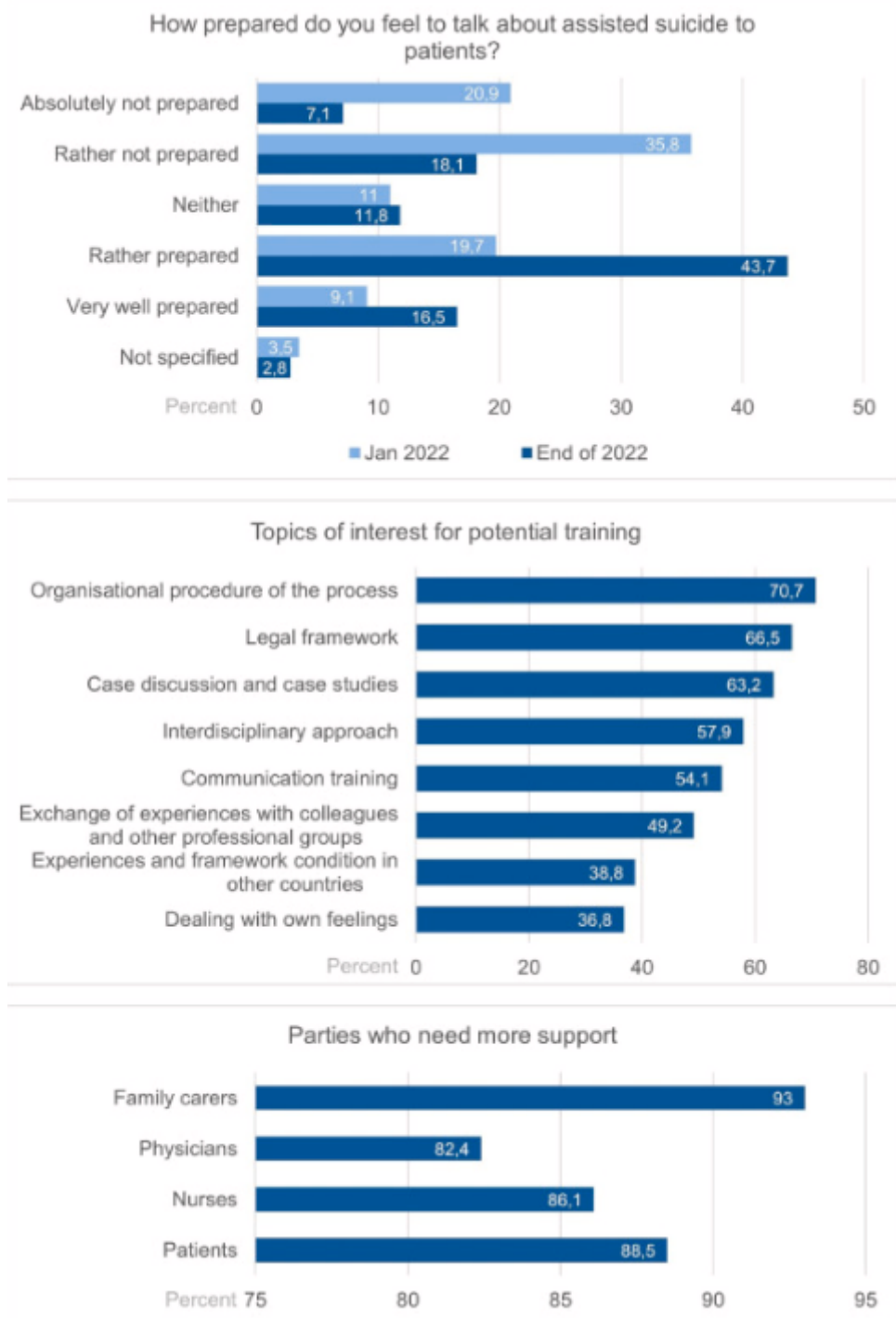


Fig. 2 Risultati quantitativi sulle prospettive degli infermieri riguardo al suicidio assistito e alle necessità di formazione (Zeilinger, E. L et al.,2025).

4.2 OBIEZIONE DI COSCIENZA

Poiché la legalizzazione dell'eutanasia e del suicidio assistito (EAS) continua ad espandersi a livello globale, l'obiezione di coscienza (CO) nell'assistenza sanitaria è diventata una questione etica sempre più significativa (1,2,3,4). Gli operatori sanitari si trovano ad affrontare dilemmi etici riguardo alla loro partecipazione all'EAS, poiché alcuni percepiscono queste pratiche come in conflitto con le loro convinzioni morali profondamente radicate e spesso cercano esenzioni dalle procedure di EAS legalmente autorizzate (5).

Il termine *obiezione di coscienza* (OC) è stato il più frequentemente utilizzato nella letteratura analizzata; tuttavia, sono stati identificati anche termini correlati come non partecipazione (Kerridge I et al.,2023; Pérez-Capellades RM et al.,2024), rifiuto di curare (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025), abbandono del paziente (Hofman E et al.,2015; Lamb C & Pesut B.,2021), e dissenso professionale (Tambakis J et al.,2023).

Questi termini a volte apparivano come intercambiabili con l'OC, mentre in altri casi erano concettualmente distinti. Chiarire i confini concettuali tra l'OC e questi fenomeni correlati è importante, poiché ognuno riflette motivazioni, implicazioni etiche e conseguenze legali diverse (Pérez-Capellades RM et al.,2024; Soriano V & Montero B.,2024).

Negli articoli esaminati, l'OC è tipicamente fondato su convinzioni morali o religiose profondamente radicate ed è spesso protetta da specifici strumenti legali (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025). Al contrario, la mancata partecipazione o il rifiuto del trattamento possono derivare da ragioni tecniche, professionali o personali senza una base etica esplicita (Sweet W.,2023). Gli autori avvertono che confondere questi termini rischia di giustificare comportamenti negligenti, come l'abbandono del paziente, sotto la maschera della coscienza, o di limitare il legittimo dissenso all'interno della pratica professionale.

Considerando le osservazioni di cui sopra nella nostra analisi, siamo giunti a coniare una nuova definizione generale di obiezione di coscienza: *l'obiezione di coscienza si riferisce al rifiuto di un professionista sanitario di partecipare a una procedura legalmente autorizzata a causa di convinzioni personali profondamente radicate*. Sebbene esistano

alcune variazioni nella formulazione, la maggior parte delle definizioni precedenti includeva tre elementi fondamentali: (a) rifiuto di partecipare, (b) a un servizio sanitario lecito, (c) basato su motivi di coscienza. Tuttavia, le interpretazioni di questi elementi variano nella letteratura, come descritto di seguito (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025).

(a) Rifiuto di partecipare. Le interpretazioni del rifiuto vanno da inquadramenti positivi (ad esempio, rifiuto benefico, rifiuto etico) a quelli più critici (ad esempio, obiezione di convenienza, insinuazione della coscienza, negazionisti del trattamento, obiettori di coscienza o disobbedienza disonorevole). I sostenitori dell'obiezione di coscienza non considerano il rifiuto di partecipare un privilegio o una cortesia morale; piuttosto, lo considerano un diritto fondamentale degli operatori sanitari (Myskja BK & Magelssen M.,2018; Salinas Mengual J.,2023). Perché? L'obiezione di coscienza è radicata nella libertà di religione e di coscienza, che sono diritti umani ampiamente riconosciuti. Tuttavia, questi diritti non sono assoluti e possono essere limitati per proteggere diritti altrettanto fondamentali, come l'accesso a cure eque e il diritto di morire con dignità. È quindi necessaria un'analisi giuridica per tradurre questa questione etica in una solida politica pubblica (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025).

(b) In un servizio sanitario lecito. Diversi articoli hanno adottato una posizione tecnica e legislativa, differenziando tra diritti *positivi e negativi*; *privilegi* e diritti di *rivendicazione* (Christie T et al.,2016; Cowley C.,2016); diritti *in rem* o *in personam* (Birnbacher D.,2021); *qua esterno* e *qua interno*. I risultati delle analisi di questi articoli hanno evidenziato che la situazione varia a seconda dei paesi e delle giurisdizioni. Nei Paesi Bassi, ad esempio, i pazienti hanno il diritto di richiedere l'EAS ma non possono esigerla da un medico specifico. Al contrario, in Spagna, l'EAS è considerata un diritto soggettivo del paziente, che obbliga lo Stato a fornirla (Díez Fernández JA.,2023).

(c) Sulla base di ragioni di coscienza. Le ragioni per invocare la CO possono essere ampiamente classificate in tre tipi: credenze religiose, ragioni morali/secolari e motivazioni emotive/psicologiche. Sebbene queste categorie differiscano, gli autori sottolineano che sono tutte strettamente legate all'identità personale, il che le rende meritevoli di rispetto (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025). Ignorare queste motivazioni può avere effetti sostanziali sull'individuo, che può percepirlo come una

forma di auto-tradimento (Geissmann H.,2022; Huxtable R & Mullock A.,2015). Per quanto riguarda le credenze religiose, gli autori che ne difendono la legittimità spesso le riformulano in termini pubblicamente ragionevoli, come la legge naturale, la cura dei vulnerabili e la dignità umana. I critici sostengono che le motivazioni religiose sono intrinsecamente personali e arbitrarie, rendendo difficile distinguere le rivendicazioni legittime da quelle egoistiche o ingiuste, rendendo così l'obiezione di coscienza praticamente insostenibile. Le ragioni morali o secolari, d'altra parte, includono principi filosofici che non sono necessariamente legati a una tradizione rivelata. Le obiezioni non religiose spesso si riferiscono a conflitti con il giuramento di Ippocrate; i codici di etica medica; gli obiettivi tradizionali della medicina; e principi fondamentali del diritto. Infine, le motivazioni psicologiche vengono spesso invocate per descrivere il danno personale e il disagio emotivo che la violazione della propria coscienza può infliggere al benessere dell'individuo (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025).

Definire il diritto all'obiezione di coscienza richiede innanzitutto chiarire a quali azioni specifiche si può obiettare, come fornire informazioni sull'EAS, gestire richieste e valutazioni, prescrivere o somministrare farmaci e/o essere presenti durante la somministrazione (Gray A & Braun K.,2022; McDougall RJ et al.,2020). Alcuni autori sostengono una caratterizzazione dicotomica, distinguendo tra attività "pratiche" e "non pratiche" per differenziare la partecipazione diretta da quella indiretta; questa caratterizzazione aiuta a definire chi può legittimamente opporsi (Hughes MT.,2017; McKinlay KH.,2023).

Nonostante la lunga tradizione dell'obiezione di coscienza, il suo ruolo nella medicina contemporanea rimane controverso, in particolare all'interno dei sistemi sanitari finanziati con fondi pubblici. Anche i sostenitori dell'obiezione di coscienza riconoscono che non ogni appello alla coscienza dovrebbe essere automaticamente accolto, poiché ciò potrebbe portare a un'erogazione arbitraria dell'assistenza sanitaria e a discriminazioni. Diversi studiosi mettono in guardia contro il potenziale abuso dell'obiezione di coscienza. Stabilire criteri di accettazione per l'obiezione di coscienza è quindi cruciale. In questo contesto, i difensori dell'obiezione di coscienza cercano giustificazioni etiche per ciascuna delle motivazioni alla base dei rifiuti basati sulla coscienza. I sostenitori delle credenze religiose basano le loro argomentazioni sul diritto fondamentale alla libertà di coscienza e di religione, mentre coloro che sostengono ragioni morali e laiche ne

sottolineano la capacità di resistere al vaglio pubblico. I fattori delle motivazioni psicologiche ed emotive evidenziano le potenziali conseguenze negative a lungo termine per l'individuo, come il disagio morale e il burnout. Per orientarsi in questa complessità, alcuni autori hanno sviluppato criteri per valutare l'autenticità e la *sincerità* delle obiezioni, sottolineandone la coerenza con i valori precedenti e gli impegni sostanziali. Tuttavia, l'applicazione di questi criteri rimane impegnativa.

Altri autori propongono criteri di *ragionevolezza*, fondati sulla razionalità e sulla comunicabilità, spesso attingendo a quadri filosofici come il concetto di ragione pubblica di Rawls (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025). In una monografia, Reichlin ha delineato quattro condizioni esterne e quattro interne necessarie per obiezioni valide (Reichlin M.,2022). Tuttavia, Zolf ha analizzato e respinto questi argomenti, concludendo che tali criteri erano troppo ambigui e privi di giustificazione normativa (Zolf B.,2019).

Autori come Pellegrino (Pellegrino ED.,2002), Wicclair (Wicclair MR.,200) e Sulmasy (Sulmasy DP.,2019) hanno sostenuto l'obiezione di coscienza basandosi su giustificazioni *estrinseche*, come il valore della tolleranza e della diversità nelle società democratiche, ponderate rispetto a un livello accettabile di danno per il paziente. Per impedire che l'obiezione di coscienza consentisse la discriminazione, alcuni autori hanno suggerito di limitare le obiezioni ad atti specifici piuttosto che a singoli individui, o di consentire le obiezioni solo se allineate con gli obiettivi della medicina. Tuttavia, anche queste proposte non sono riuscite a ottenere un consenso unanime (Gomez-Virseda C & Gastmans C.,2025).

5. CONCLUSIONI

Il suicidio medicalmente assistito rappresenta uno dei temi più complessi e controversi nel dibattito bioetico contemporaneo, poiché coinvolge questioni fondamentali legate alla dignità umana, all'autonomia decisionale della persona e al ruolo dei professionisti sanitari nella gestione delle decisioni di fine vita. Nel corso di questo lavoro è emerso come il fenomeno non possa essere analizzato esclusivamente da una prospettiva clinica o giuridica, ma richieda un approccio multidisciplinare che tenga conto delle dimensioni etiche, sociali, normative e assistenziali.

L'analisi della letteratura ha evidenziato come il suicidio medicalmente assistito sia regolamentato in modo molto diverso nei vari Paesi, riflettendo differenti sensibilità culturali, etiche e politiche. In alcuni contesti internazionali si osserva una progressiva apertura verso forme regolamentate di assistenza al morire, mentre in altri ordinamenti il dibattito rimane ancora fortemente polarizzato. In Italia, in particolare, il quadro normativo appare ancora incompleto e caratterizzato da una forte dipendenza dalle pronunce della Corte Costituzionale, che hanno introdotto criteri e condizioni per la non punibilità dell'aiuto al suicidio ma non hanno ancora portato a una disciplina organica della materia.

Dal punto di vista bioetico, lo studio ha messo in luce la tensione tra due principi fondamentali: da un lato il rispetto dell'autonomia e dell'autodeterminazione del paziente, dall'altro il dovere di tutela della vita e di protezione delle persone vulnerabili. Questo equilibrio rappresenta uno dei nodi centrali del dibattito, poiché la richiesta di assistenza al suicidio nasce spesso da condizioni di sofferenza profonda, perdita di autonomia e percezione di una riduzione significativa della qualità della vita.

Un aspetto particolarmente rilevante riguarda il ruolo dei professionisti sanitari, in particolare degli infermieri, che si trovano frequentemente coinvolti nel processo assistenziale e nel supporto ai pazienti nelle fasi più delicate della vita. La letteratura evidenzia come tali situazioni possano generare importanti dilemmi morali, conflitti interiori e difficoltà emotive, soprattutto quando entrano in gioco l'obiezione di coscienza e la responsabilità professionale. Per questo motivo appare fondamentale promuovere percorsi di formazione specifica e spazi di supporto etico e psicologico per gli operatori

sanitari, affinché possano affrontare queste decisioni con maggiore consapevolezza e competenza.

Alla luce di queste considerazioni, emerge la necessità di sviluppare un quadro normativo più chiaro e condiviso che consenta di garantire, da un lato, il rispetto dei diritti e delle volontà dei pazienti e, dall'altro, la tutela dei professionisti sanitari coinvolti. Parallelamente, appare essenziale rafforzare il sistema delle cure palliative e della terapia del dolore, affinché ogni persona possa essere accompagnata nel percorso di fine vita con dignità, assistenza adeguata e supporto umano.

In conclusione, il suicidio medicalmente assistito rappresenta una questione etica e sociale destinata a rimanere al centro del dibattito pubblico nei prossimi anni. Approfondire e comprendere le sue implicazioni e analizzarne criticamente le diverse dimensioni costituisce un passaggio fondamentale per promuovere un approccio sanitario che sia al tempo stesso rispettoso della dignità della persona, attento alle fragilità umane e fondato su principi di responsabilità, cura e solidarietà.

BIBLIOGRAFIA

AAVV (2020) *La Corte costituzionale e il fine vita. Un confronto interdisciplinare sul caso Cappato-Antoniani*. Ed. D'Alessandro G, Di Giovine O. Collana: *Diritto e istituzioni giuridiche*. ISBN 9788892133679.

Akdeniz M, Yardımcı B, Kavukcu E. *Ethical considerations at the end-of-life care*. *SAGE Open Med*. 2021; 12:9. doi: 10.1177/20503121211000918.

Al Rabadi L, LeBlanc M, Bucy T, et al. *Trends in physician-assisted death in Oregon and Washington*. *JAMA Netw Open* 2019;2:e198648.

Alanazi MA, Shaban MM, Ramadan OME, Zaky ME, Mohammed HH, Amer FGM, Shaban M. *Managing end-of-life decision-making in nursing: a systematic review of ethical challenges and palliative care practices*. *BMC Nurs*. 2024;23(1):467.

Ang GC, Zhang D, Lim KH. *Differences in attitudes towards end-of-life care among patients, relatives and healthcare professionals*. *Singapore Med J*. 2016;57(1):22–8.

Appelbaum PS. *Should mental disorders be a basis for physician-assisted death?* *Psychiatr Serv* 2017; 68:315-7.

Associazione Luca Coscioni. *Almeno 51 le richieste accertate, ma troppe Regioni restano in silenzio (2025)*. Available online at: <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/abbiamo-promosso-un-accesso-agli-atti-sul-suicidio-assistito-almeno-51-le-richieste-accertate-ma-troppe-regioni-restano-in-silenzio>.

Associazione Luca Coscioni. *Il caso di “Anna” (2023)*. Available online at: <https://www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-anna>.

Associazione Luca Coscioni. *Il caso di “Mario” che chiede la morte assistita in Italia e porta in tribunale la Asl punto per punto (2021)*. Available online at: <https://www.associazionelucacoscioni.it/il-caso-di-mario-che-chiede-la-morte-assistita-in-italia-e-porta-in-tribunale-la-asl-punto-per-punto>.

Associazione Luca Coscioni. *Il Tribunale di Trieste condanna ASUGI a verificare il diritto di Anna ad ottenere l'aiuto a morire entro 30 giorni (2023)*. Available online at: <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/comunicati/137738>.

Associazione Luca Coscioni. *La storia di Davide Trentini e il processo a Mina Welby e Marco Cappato* (2020). Available online at: <https://www.associazionelucacoscioni.it/notizie/blog/la-storia-davide-trentini-processo-mina-welby-marco-cappato>.

Author anonymous (2007). "Judge of the preliminary investigation of the court of rome," in *Judgment* 23 July-17 October 2007. 2049.

Author anonymous (2024). *European court of human rights, first section. Case of daniel karsai v. Hungary. 32312/23. Judgment 13/06/2024.*

Bartsch C, Landolt K, Ristic A, et al. *Assisted Suicide in Switzerland. Dtsch Arztebl Int* 2019; 116:545-52.

Beardsley C, Brown K, Sandroussi C. *Euthanasia and surgeons: overview of the Victorian Voluntary Assisted Dying Act 2017 e la sua rilevanza per la pratica chirurgica in Australia. ANZ J Surg* 2018; 88:956-8.

Bellens, M., Debien, E., Claessens, F., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2020). "It is still intense and not unambiguous": Nurses' experiences in the euthanasia care process 15 years after legalisation. *Journal of Clinical Nursing*, 29(3-4), 492-502. <https://doi.org/10.1111/jocn.15110>.

Bendiane MK, Bouhnik AD, Galinier A, et al. *French hospital nurses' opinion about euthanasia and physician-assisted suicide: a national phone survey. J Med Ethics* 2009; 35(4): 238-244.

Bendiane MK, Galinier A, Favre R, et al. *Opinioni degli infermieri distrettuali francesi sull'eutanasia, il coinvolgimento nelle cure di fine vita e il rapporto infermiere-paziente: un'indagine telefonica nazionale. J Med Ethics* 2007; 33(12): 708-711.

Berghs, M., Dierckx de Casterlé, B., & Gastmans, C. (2005). *The complexity of nurses' attitudes toward euthanasia: A review of the literature. Journal of Medical Ethics*, 31, 441-446.

Bioethics Center, University of Minnesota. *End-of-Life Care: An Ethical Overview*, https://www.ahc.umn.edu/img/assets/26104/End_of_Life.pdf (accessed May 2, 2020).

- Birnbacher D. Warum kein Anspruch auf Suizidassistentz? Ethik Med. 2021;34(2):161–76. doi: 10.1007/s00481-021-00678-3.*
- Borasio GD, Jox RJ, Gamondi C. Regulating assisted suicide limits the number of assisted deaths. Lancet 2019; 393:982-3.*
- Botti C, Vaccari A. End-of-life decision-making and advance care directives in Italy. A report and moral appraisal of recent legal provisions. Bioethics. (2019) 33:842–8. doi: 10.1111/bioe.12615.*
- Braverman DW, Marcus BS, Wakim PG et al. Health care providers' attitudes about physician-assisted death: an analysis of their justifications and the roles of terminology and patient competency. J Pain Symptom Manage 2017; 54:538-45.e3.*
- Briggs R, Ward M, Kenny RA. The “Wish to Die” in later life: prevalence, longitudinal course and mortality. Data from TILDA. Age Ageing. 2021;50(4):1321–1328. doi: 10.1093/ageing/afab010.*
- Browall, M., Henoeh, I., Melin-Johansson, C., Strang, S., and Danielson, E. (2014, December). Existential encounters: Nursing descriptions of critical incidents in end-of-life cancer care. European Journal of Oncology Nursing, 18(6), 636–644. 10.1016/j.ejon.2014.06.001.*
- Brzostek T, Dekkers W, Zalewski Z, et al. Perception of palliative care and euthanasia among recently graduated and experienced nurses. Nurs Ethics 2008; 15(6): 761–776.*
- C Royo, C Villavicencio-Chávez, J Tomás-Sábado, V Mahtani, A Balaguer. What lies behind the wish to hasten death? A systematic review and meta-ethnography from the perspective of patients. PLoS One, 7 (2012) , p. e37117.*
- Canada, Health Canada. Third Interim Report on Physician-Assisted Suicide in Canada. [Internet]. 2018 [citato il 25 maggio 2020]. Disponibile online: <https://www.deslibris.ca/ID/10097256>.*
- Carrasco MVH, Crispi F. Euthanasia in Chile. Rev. Med. Chile. 2016;144(12):1598–1604. doi: 10.4067/S0034-98872016001200012.*
- Castellón VM Analysis of Euthanasia. Anal Econ. 2020;1(41):121–132.*

Cavaliere TA. *Ethical issues at the end of life. J Am Osteopath Assoc* 2001; 101(10): 616–622.

Cayetano-Penman, J., Malik, D., & Whittall, J. (2021). *Nurses' perceptions and attitudes about euthanasia: A scoping review. Journal of Holistic Nursing*, 39, 66–84.

Cecchi R, Sassani M, Romolo FS, et al. *Medically assisted suicide in Italy: Recent legal developments on a controversial topic. Medicine, Science and the Law.* 2024;64(1):77-81. doi:10.1177/00258024231182373.

CENSIS. *57th Report on the Social Situation of the Country (2023)*. Available online at: <https://www.censis.it/rapporto-annuale/57%C2%B0-rapporto-sulla-situazione-sociale-del-paese2023>.

Chambaere K, Bernheim J. *End-of-Life Decisions*. In: MacLeod R, Van den Block L, eds. *Handbook of Palliative Care*. Cham: Springer; 2018.

Chambaere K, Bilsen J, Cohen J, et al. *Physician-assisted deaths under the euthanasia law in Belgium: a population-based survey. CMAJ.* 2010;182(9):895–901. doi: 10.1503/cmaj.091876.

Chambaere K, Cohen J. *Euthanasia and public health*. In: *International Encyclopedia of Public Health* 2017.

Chao DVK, Chan NY, Chan WY. *Euthanasia revisited. Family Practice* 2002; 19: 128–134.

Chapter 70.245 RCW: *THE WASHINGTON DEATH WITH DIGNITY ACT*. [cited 2020 Mar 10]; Available online: <https://app.leg.wa.gov/rcw/default.aspx?cite=70.245>.

Chieffi L (2024) *Suicidio assistito in Italia tra aperture giurisprudenziali e persistenti impedimenti nelle concrete prassi. Rivista Associazione Italiana Costituzionalisti 1.* <https://www.rivistaaic.it/it/rivista/ultimi-contributi-pubblicati/lorenzo-chieffi/suicidio-assistito-in-italia-tra-aperture-giurisprudenziali-e-persistenti-impedimenti-nelle-concrete-prassi>.

Cholbi MJ. *Euthanasia and Assisted Suicide: Global Opinions on Ending Life*. 2024.

Christie T, Sloan J, Dahlgren D, Koning F. *Medical Assistance in Dying in Canada: An Ethical Analysis of Conscientious and Religious Objections*. *Bioethique Online*. 2016;5. doi: 10.7202/1044272ar.

Ciliberti R., Gorini I., Gazzaniga V., De Stefano F., Gulino M. (2018). *The Italian law on informed consent and advance directives: new rules of conduct for the autonomy of doctors and patients in end-of-life care*. *J. Crit. Care* 48, 178–182. 10.1016/j.jcrc.2018.08.039.

Codice penale e Leggi complementari (2024) Ramacci F (ed). Giuffrè Francis Lefebvre. ISBN:9788828854517.

Cohen J, Marcoux I, Bilsen J, et al. *Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981–1999)*. *Eur J Publ Health* 2006; 16(6): 663–669.

Cohen J, Van Landeghem P, Carpentier N, et al. *public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries*. *Int J Publ Health* 2014; 59(1): 143–156.

Cohen J. *Euthanasia* [Internet]. McGraw-Hill Education; [citato il 10 marzo 2020]. Disponibile online : <http://accessscience.com/content/246850>.

Commission nationale de contrôle et d'évaluation de la loi relative à l'euthanasie et à l'assistance au suicide. (2019). *Cinquième rapport de la loi du 16 mars 2009 sur l'euthanasie et l'assistance au suicide (années 2017–2018)*. <http://www.sante.public.lu/fr/publications/r/rapport-loi-euthanasie-2017-2018/index.html>.

Consiglio regionale delle Marche. Proposta di legge n. 8 – Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito. [Internet]. Anno di presentazione. [presentata in data 21 novembre 2025]. Disponibile da: <https://www.consiglio.marche.it>.

Constitutional Court (2019). “Judgment n. 242 of 25th September 2019,” in Chapter 2.3 of considered in law.

Constitutional Court (2024a). “Judgment n. 135 of 18th July 2024,” in Chapter 7.1 of considered in law.

Constitutional Court (2024b). “Judgment n. 135 of 18th July 2024,” in Chapter 7.2 of *considered in law*.

Constitutional Court Press Office (2018). “Communication of 16 November 2018. Punishability of aid to suicide: to the legislator the regulation of limits,” in *The Court's indications*.

Corte D’Assise di Massa (2020). Judgment of 27/07/2020.

Council of Europe. *Guide on Decision-Making for Medical Treatment in End-of-Life Situations*, 2014, <https://edoc.coe.int/en/bioethics/6093-guide-on-the-decision-making-process-regarding-medical-treatment-in-end-of-life-situations.html>.

Court of Assizes of Massa, Judgment No. 1 of 27 July 2020 (2020). Available online at:

<https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/3939/46390/4/7ac8ce6da583d7be605b7ffc6bd7772f/file/Sentenza-Massa.pdf>.

Court of Florence, Order of 17 January 2024 (2024). Available online at: <https://www.biodiritto.org/ocmultibinary/download/4529/52920/1/503e324eee6388e11cec61425ebc35b0/file/ordinanza-gip-firenze.pdf>.

Cowley C. *A Defence of Conscientious Objection in Medicine: A Reply to Schuklenk and Savulescu*. *Bioethics*. 2016;30(5):358–64. doi: 10.1111/bioe.12233.

Crane MK, Witting M, Doukas DJ. *Respecting end-of-life treatment preferences*. *Am Fam Physician* 2005; 72: 1263–1268.

Creighton C, Cerel J, Battin M. *American Association of Suicidology position statement: “Suicide” is not the same as “medical aid in dying”*. *American Association of Suicidology*, 2017.

Cupelli C. (2020). *The “Cappato case” and the lawful conducts of assisted suicide. From the 2 orders issued by the Italian constitutional court to the subsequent acquittal by assize court of milan*. *Cassaz. Penale* 4, 1428.

D. of J (2021) *Government of Canada, Canada’s new medical assistance in dying (MAID) law*. <https://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/ad-am/bk-di.html>.

D. of J (2022) Government of Canada, 'Introduction - legislative background: Bill C-7: Government of Canada's legislative response to the superior court of Québec Truchon decision. Oct. 21, 2020. <https://www.justice.gc.ca/eng/csjs-jc/pl/ad-am/c7/p1.html>.

Da Silva MAP, Corradi-Perini C. Mapping Influencing Factors in the Decision-Making Process of End-of-Life Patients: A Systematic Review of the Scope. *Indian J Palliat Care*. 2023 ;29(3):234–42.

De Bal, N., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2008). Nurses' involvement in the care of patients requesting euthanasia: A review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 626–644.

De Beer, T., Gastmans, C., & Dierckx de Casterlé, B. (2004). Involvement of nurses in euthanasia: A review of the literature. *Journal of Medical Ethics*, 30, 494–498.

De Hert M, Van Bos L, Sweers K, et al. Attitudes of psychiatric nurses about the request for euthanasia on the basis of unbearable mental suffering (UMS). *PLoS One* 2015; 10(12): e0144749.

Death with Dignity. *Death Dign* [Internet]. [cited 2020 Jan 22]. Available online : <https://www.deathwithdignity.org/learn/death-with-dignity-acts/>.

Delbon P., Maghin F., Conti A. (2021). Medically assisted suicide in Italy: the recent judgment of the constitutional court. *Clin. Ter.* 172 (3), 193–196. 10.7417/CT.2021.2312.

Demedts D, Roelands M, Libbrecht J, et al. The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: a pilot study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2018; 25(7): 400–410.

Denier, Y., De Casterie, B.D., De Bal, N., and Gastmans, C. (2009). Nurses' involvement in the euthanasia care process in Flanders (Belgium): An exploration of two perspectives. *Journal of Palliative Care*, 25(4), 264–274.

Denier, Y., Dierckx de Casterlé, B., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). "It's intense, you know". Nurses' experiences in caring for patients re-questing euthanasia. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 13, 41–48.

Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., & Dierckx de Casterlé, B. (2010). *Communication in nursing care for patients requesting euthanasia : A qualitative study. Journal of Clinical Nursing, 19, 3372–3380.*

Detering KM, Hancock AD, Reade MC, et al. *The impact of advanced care planning on end-of-life care in elderly patients: randomised controlled trial. BMJ 2010; 340: c1345.*

Di Fazio N., Romano S., Del Fante Z., Santoro P., Fineschi V., Frati P. (2021). *European countries' different legal orientation about end-of-life issues in patients affected with neurological/psychiatric diseases: does Italian law n.219/2017 provide adequate options for this fragile category of patients? Front. Psychiatry 12, 675706. 10.3389/fpsyt.2021.675706.*

Dierckx de Casterlé, B., Denier, Y., De Bal, N., & Gastmans, C. (2010). *Nursing care for patients requesting euthanasia in general hospitals in Flanders, Belgium. Journal of Advanced Nursing, 66(11), 2410–2420.*

Dierickx S, Cohen J, Vander Stichele R, et al. *Drugs Used for Euthanasia: A Repeated Population-Based Mortality Follow-Back Study in Flanders, Belgium, 1998-2013. J Pain Symptom Manage 2018; 56:551-9.*

Dierickx S, Cohen J. *Medical assistance in dying research directions. BMJ Supportive & Palliative Care 2019; 9:370.*

Dierickx S, Deliens L, Cohen J, et al. *Comparison of the expression and granting of euthanasia requests in Belgium in 2007 and 2013. JAMA Intern Med 2015; 175:1703-6.*

Dierickx S, Deliens L, Cohen J, et al. *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases. BMC Psychiatry 2017; 17:203.*

Dierickx S, Onwuteaka-Philipsen B, Penders Y, et al. *Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison. Int J Public Health 2020; 65:65-73.*

Divo MJ, Martinez CH, Mannino DM (2014) Ageing and the epidemiology of multimorbidity. *Eur Respir J* 44(4):1055–1068. 10.1183/09031936.00059814.

Doljak SA. Voluntary termination of life and conscientious objection: a comparative review within the European Union and Slovenia. *Bogosl Vestnik* 2024; 84(2): 365–376.

Donahue N. Honoring end-of-life decisions. *I am J Nurs.* 2021;121(6):11.

Downie J, Oliver (2015) Appendix to: Downie J, Oliver K. Medical certificates of death: first principles and established practices provide answers to new questions. *CMAJ.* 10.1503/cmaj.151130.

Downie J, Oliver K. Medical certificates of death: first principles and established practices provide answers to new questions. *CMAJ.* 2016;188(1):49–52. doi: 10.1503/cmaj.151130.

Dugdale LS, Lerner BH, Callahan D. Pros and Cons of Physician Aid in Dying. *Yale J Biol Med* 2019; 92:747-50.

Dyer O, White C, García Rada A. Assisted dying: law and practice around the world. *BMJ* 2015;351:h4481.

Dying with Dignity Bill (2020) [Online]. Available: <https://data.oireachtas.ie/ie/oireachtas/bill/2020/24/eng/initiated/b2420d.pdf>.

Díez Fernández JA. The right to euthanasia and conscientious objection: new developments in Spanish law and the international landscape. *Cadernos de Dereito Actual.* 2023; 22:160–83. doi: 10.5281/zenodo.10156440.

Dörmann L, Nauck F, Wolf-Ostermann K, et al. “I should at least have the feeling that it [...] really comes from within”: professional nursing views on assisted suicide. *Palliat Med Rep* 2023; 4(1): 175–184.

Elmore J, Wright DK, Paradis M. Nurses’ moral experiences of assisted dying: A meta-synthesis of qualitative research. *Nurs Ethics* 2018; 25(8): 955–972.

Emanuel EJ, Onwuteaka-Philipsen BD, Urwin JW, et al. Attitudes and practices of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States, Canada, and Europe. *JAMA* 2016; 316:79-90.

Engelhardt B. Palliative care: patient autonomy in end-of-life situations. *memo*. 2022;15:76–78. doi: 10.1007/s12254-021-00783-5.

EUTHANASIE – Cijfers voor het jaar 2019 | Volksgezondheid. [citato il 10 marzo 2020]; <https://overlegorganen.gezondheid.belgie.be/nl/documenten/euthanasie-cijfers-voor-het-jaar-2019>.

Federal Commission for Euthanasia Control and Evaluation. (2004). *First report to the Legislative Chambers (Years 2002-2003)*. [re -port in Dutch].

Federal Commission for Euthanasia Control and Evaluation. (2018). *Eighth report to the Legislative Chambers (Years 2016–2017)*.

Finlay IG. Ethical principles in end-of-life care. *Medicine*. 2022;50(12):817–820. doi: 10.1016/j.mpmed.2022.09.012.

Fitzgerald M (2022) Medically assisted suicide in Oregon is now open to out-of-state residents. *US News & World Report*. <https://www.usnews.com/news/best-states/articles/2022-03-29/out-of-state-residents-can-now-see-medically-assisted-suicide-in-oregon>.

Fontalis A, Prousalis E, Kulkarni K. Euthanasia and assisted suicide: what is the current position and what are the key arguments informing the debate? *JR Soc Med* 2018; 111(11): 407–413.

Francke AL, Albers G, Bilsen J, et al. Nursing staff and euthanasia in the Netherlands. A nation-wide survey on attitudes and involvement in decision making and the performance of euthanasia. *Patient Educ Couns* 2016; 99(5): 783–789.

Fрати P, Albore M, Ertola EM, Del Prete S, Sorace L, La Russa R, Bolino G. The night is dark and full of hesitation. The latest step in the legal trajectory of assisted suicide in Italy: through tentative judicial openings, bioethical contradictions and the Parliament's deafness. *Front Pharmacol*. 2025 Dec 9; 16:1520136. doi: 10.3389/fphar.2025.1520136. PMID: 41446786; PMCID: PMC12722838.

Gamondi, C · Borasio, GD · Limoni, C · et al. *Legalisation of assisted suicide: a safeguard to euthanasia? Lancet.* 2014; 384:127.

Gandsman A, Burnier D. "Can't you at least die with a little dignity?" *The Right to Die Debates and Normative Dignity. BioethiqueOnline.* [Online]. 18 agosto 2014 [citato il 14 febbraio 2024]: [Circa 13 p.]. Disponibile da: <https://hdl.handle.net/1866/10945>.

Gauthier S, Mausbach J, Reisch T, et al. *Suicide tourism: a pilot study on the Swiss phenomenon. J Med Ethics* 2015; 41:611-7.

Gazzetta Ufficiale (2024). *Judge of the preliminary investigation of the court of florence. Order n.32 of 17 January 2024. Gazzetta Uff. 11.* Available online at: <https://i2.res.24o.it/pdf2010/S24/Documenti/2024/03/15/AllegatiPDF/Ordinanza%20rimessione.pdf>.

Geissmann H. *Voluntary assisted dying act 2021 (qld): conscientious objection controversies. J Law Med.* 2022;29(4):1150–67.

Gomez-Virseda C, Gastmans C. *Conscientious objection in euthanasia and assisted suicide: A systematic review. PLoS One.* 2025 Jun 23;20(6):e0326142. doi: 10.1371/journal.pone.0326142. PMID: 40549726; PMCID: PMC12185019.

Groenewoud AS, Atsma F, Arvin M, et al. *Euthanasia in the Netherlands: a claims data cross-sectional study of geographical variation. BMJ Support Palliat Care.* 2021 doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002573.

Guo J, Huang X, Dou L et al (2022) *Aging and aging-related diseases: From molecular mechanisms to interventions and treatments. Signal Transduct Target Ther* 7(1):391. 10.1038/s41392-022-01251-0.

Haddaway NR, Page MJ, Pritchard CC, et al. *PRISMA2020: un pacchetto R e un'app Shiny per la produzione di diagrammi di flusso conformi a PRISMA 2020, con interattività per una trasparenza digitale ottimizzata e una sintesi aperta. Campbell Syst Rev* 2022; 18(2): e1230.

Hedberg K, New C. *The Oregon Death with Dignity Act: 20 years of experience to inform the debate. Ann Intern Med* 2017;167:579-83.

Heins M, Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (Utrecht). *Ontwikkelingen in the aantal euthanasiegevallen and achterliggende factoren*. Utrecht: NIVEL; 2019. <https://www.nivel.nl/nl/publicatie/ontwikkelingen-het-aantal-euthanasiegevallen-en-achterliggende-factoren>.

Hendry M, Pasterfield D, Lewis R, Carter B, Hodgson D, Wilkinson C. *Why do we want the right to die? A systematic review of the international literature on the views of patients, carers and the public on assisted dying*. *Palliat Med*. 2013;27(1):13–26. doi: 10.1177/0269216312463623.

Hernández-Marrero P, Fradique E, Pereira SM. *Nursing involvement in palliative care end-of-life decision-making: qualitative secondary analysis*. *Nurs Ethics*. 2019;26(6):1680–1695. doi: 10.1177/0969733018774610.

Herx L, Cottle M, Scott J. *The “normalization” of euthanasia in Canada: the cautionary tale continues*. *WMA*. 2020; 66:28–37.

Hofman E, Rubens R, Matthys D. *Euthanasia and the obligation to refer*. *Tijdschr Geneeskd*. 2015;71(5):267–71. doi: 10.2143/TVG.71.05.2001804.

Hol H, Vatne S, Orøy A, et al. *Norwegian nurses’ attitudes toward assisted dying: a cross-sectional study*. *Nurs Res Rev* 2022; 12: 101–109.

Hol H, Vatne S, Strømskag KE et al. *Norwegian nurses’ perceptions of requests for assisted suicide from terminally ill patients: a qualitative interview study*. *Nurs Inq* 2023; 30(1): e12517.

Hold JL. *A good death: narratives of experiential nursing ethics*. *Nurs Ethics*. 2017;24(1):9–19. doi: 10.1177/0969733015602051.

Houska A, Loučka M. *Patient autonomy at the end of life: a critical review*. *J Pain Symptom Manage*. 2019;57(4):835–845. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.12.339.

Huffman JL, Harmer B (2023) *End-of-Life Care*. [Updated February 20, 2023]. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; January 2024–. PMID: 31334996.

Hurst SA. Vulnerability in research and health care. *Bioethics*. 2008;22(4):191–202. doi: 10.1111/j.1467-8519.2008.00631.x.

Huxtable R, Mullock A. Voices of discontent? Conscience, compromise, and assisted dying. *Med Law Rev*. 2015;23(2):242–62. doi: 10.1093/medlaw/fwv008.

Hyde R. Germany overturns ban on assisted suicide. *Lancet* 2020;395:774.

Inghelbrecht E, Bilsen J, Mortier F, et al. Atteggiamenti degli infermieri nei confronti dell'eutanasia e del loro ruolo nell'eutanasia: uno studio nazionale nelle Fiandre, Belgio. *Int J Nurs Stud* 2009; 46(9): 1209–1218.

Ismail Z, Ahmad WIW, Hamjah SH et al (2021) The impact of population ageing: A review. *Iran J Public Health* 50(12):2451–2460. 10.18502/ijph.v50i12.7927.

Italian Constitutional Court (2019) Judgment 242/2019. https://www.cortecostituzionale.it/documenti/download/doc/recent_judgments/Sentenza_n_242_del_2019_Modugno_en.pdf.

Italian Constitutional Court Sentence No. 135/2024 (2024). Available online at: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2024:135.

Italian Constitutional Court, Judgment No. 66 of 2025 (2025). Available online at: https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2025:66.

Jox R. J. (2023). Of slopes and ropes: learning from the diversity of European regulations of assisted dying. *Am. J. Bioeth.* 23 (11), 84–87. 10.1080/15265161.2023.2256281.

Karnik S, Kanekar A. Ethical issues surrounding end-of-life care: a narrative review. *Healthcare* 2016; 4(2): 24.

Kelly D. Euthanasia for children and young people? *Int J Palliat Nurs*. 2014;20(5):211. doi: 10.12968/ijpn.2014.20.5.211.

- Kerridge I, Stewart C, Scully JL, Chiarella M, Hamblin J, Johnson A, et al. *Conscientious Objection and Institutional Objection to Voluntary Assistance in Dying: An Ethico-legal Critique. J Law Med.* 2023;30(4):806–21.
- Kessler DP, McClellan MB. *Advance directives and medical treatment at the end of life. J Health Econ* 2004; 23: 111–127.
- Kipnis K. *Vulnerability in research subjects: a bioethical taxonomy. In: National Bioethics Advisory Commission [NBAC]. Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants. Volume II: Commissioned Articles. Rockville, MD: National Bioethics Advisory Commission [NBAC]; 2001. pp. G1–G13.*
- Kluge EHW. *Euthanasia and the Individual. In: Kluge EHW, ed. The Ethics of Deliberate Death. Port Washington, NY: Kennikat PR; 1981, pp. 30–51.*
- Kouwenhoven PSC, van Thiel GJMW, van der Heide A, et al. *Developments in euthanasia practice in the Netherlands: balancing professional responsibility and the patient's autonomy. European Journal of General Practice.* 2019;25(1):44–48. doi: 10.1080/13814788.2018.1517154.
- Kremeike K, Dojan T, Rosendahl C, Jünger S, Romotzky V, Boström K, Frerich G, Voltz R. *“Withstanding ambivalence is of particular importance”- Controversies among experts on dealing with desire to die in palliative care. PLoS ONE.* 2021 ;16(9):e0257382. doi: 10.1371/journal.pone.0257382.
- La Ricot J. *dignité, una nozione redoutablement polysémique. Penser la fin de vie. Rennes : Presse dell'EHESP; 2019. pag. 229–61.*
- Lamb C, Pesut B. *Conscience and conscientious objection in nursing : A personalist bioethics approach. Nurs Ethics.* 2021;28(7–8):1319–28. doi: 10.1177/0969733021996037.
- Lerner BH, Caplan AL. *Euthanasia in Belgium and the Netherlands: on a slippery slope? JAMA Intern Med* 2015; 175:1640-1.
- Licastro A. *Trattamenti sanitari, diritto all'autodeterminazione ed etiche di fine vita dopo l'ordinanza n. 207 del 2018 della Corte costituzionale. In: Stato, Chiese e*

- pluralismo confessionale* (2019). Available online at: <https://riviste.unimi.it/index.php/statoechiese/article/view/11549>.
- Macklin R. Dignity is a useless concept. *BMJ*. 2003;327(7429):1419–20. 10.1136/bmj.327.7429.1419.
- Magelssen, M · Supphellen, M · Nortvedt, P · et al. Attitudes towards assisted dying are influenced by question wording and order: a survey experiment. *BMC Med Ethics*. 2016; 17:24.
- Mahon MM. An advance directive in two questions. *J Pain Symptom Manage* 2011; 41(4): 801–807.
- Maio GR and Haddock G. *The psychology of attitudes and attitudes change*. Sage Publications Ltd, 2010.
- Marcoux I, Mishara BL, Durand C. Confusion between euthanasia and other end-of-life decisions: influences on public opinion poll results. *Can J Public Health* 2007; 98:235-9.
- Marozzi F. Suicidio medicalmente assistito: approvata la prima legge regionale. SIMLA – Società Italiana di Medicina Legale. 2025. [Internet]. Disponibile da: <https://www.simlaweb.it/suicidio-mediamente-assistito-approvata-la-prima-legge-regionale/>.
- Marrone M, Pititto F, Pulin G, Bellacicco R, Nuzzo N, Isceri D, Dell'Erba A, Paladini E. Euthanasia in Italy: A Comparative Analysis in the European Context. *Clin Ter*. 2025 Sep-Oct;176(5):665-671. doi: 10.7417/CT.2025.5279. PMID: 40996016.
- Marrone M., Berardi P., Solarino B., Ferorelli D., Corradi S., Silvestre M., et al. (2022). Italian legal euthanasia: unconstitutionality of the referendum and analysis of the “Italian” problem. *Front. Sociol.* 7, 898783. 10.3389/fsoc.2022.898783.
- Martineau I, Hamrouni N, Hébert J. From ontological to relational: A scoping review of conceptions of dignity invoked in deliberations on medically assisted death. *BMC Med Ethics*. 2024 Sep 12;25(1):96. doi: 10.1186/s12910-024-01095-z. PMID: 39267021; PMCID: PMC11391684.

Martins Pereira S, Fradique E, Hernández-Marrero P. End-of-Life Decision Making in Palliative Care and Recommendations of the Council of Europe: Qualitative Secondary Analysis of Interviews and Observation Field Notes. *J Palliat Med.* 2018;21(5):604–615. doi: 10.1089/jpm.2017.0403.

Materstvedt LJ. *Dødshjelp: begreper, definisjoner, lover, klinikk og etikk.* Fagbokforlaget, 2022.

McCormick T. Human Dignity in End-of-Life Issues: From Palliative Care to Euthanasia. In: Dilley S., Palpant NJ, eds. *Human Dignity in Bioethics: From Worldviews to the Public Square.* New York and London: Routledge Taylor & Francis Group; 2013, pp. 264–281.

McCrudden, C. In Search of Human Dignity: An Introduction to Current Debates. In: McCrudden, C., ed. *Understanding Human Dignity.* Cary, NC: Proceedings of the British Academy, Oxford University Press; 2013, pp. 1–42.

McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. Looking Death in the Eyes: Facilitating End-of-Life Care and the Grief Process. In: McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, et al. (eds.) *Family-Oriented Primary Care.* 2nd ed. New York: Springer; 2005, pp. 261–284.

MeanaPR

<https://www.philosophica.info/archivo/2012/voces/eutanasia/Eutanasia.html>.

Philosophica: Online Philosophical Encyclopedia — Voice: Euthanasia. Archive Voice 2012.

Michelson KN, Patel R, Haber-Barker N, Emanuel L, Frader J. End-of-Life Care Decisions in the PICU: Role of Professionals. *Pediatr Crit Care Med.* 2013;14(1): e34-44.

Ministry of Health NZ. (2021). *Completing the medical certificate cause of death form.* <https://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/burial-and-cremation-act-1964/completing-death-documents/medical-certificate-cause-death/completing-medical-certificate-cause-death-form>.

- Ministry of Justice. (2002). *Wet betreffende de euthanasie. [The Belgian Act on Euthanasia of 28 May 2002]*. *Belgian Law Gazette of June 22, 2002*.
- Moller H-J. *The ongoing discussion on termination of life on request. A review from a German/European perspective*. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2021; 25(1): 2–18.
- Morberg JS. *Acknowledging vulnerability in ethics of palliative care - A feminist ethics approach*. 2022;29(4):952–961. doi: 10.1177/09697330211072361.
- Mroz S, Dierickx S, Deliens L, Cohen J, Chambaere K. *Assisted dying around the world: a status quaestionis*. *Ann Palliat Med*. 2021 Mar;10(3):3540-3553. doi: 10.21037/apm-20-637.
- Muders S. *Autonomy and the value of life as elements of human dignity*. In Muders S, edited by. *Human Dignity and Assisted Dying [1 online resource]*. New York, USA: Oxford University Press. 2017. <http://rave.ohiolink.edu/ebooks/ebc/9780190675967>.
- Muñoz Terrón JM. *Vulnerable Dignity, Dignified Vulnerability: Intertwining of Ethical Principles in End-of-Life Care*. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(2):482. doi: 10.3390/ijerph18020482.
- Myskja BK, Magelssen M. *Conscientious objection to intentional killing: an argument for toleration*. *BMC Med Ethics*. 2018;19(1):82. doi: 10.1186/s12910-018-0323-0.
- National Bioethics Committee (CNB) (2023). *Response of 20.6.2024 to the question of the territorial ethics committee of the Umbria region of 3, 11*.
- Ngo-Metzer Q, August KJ, Srinivasan M, et al. *End-of-life care: patient-centered communication guidelines*. *Am Fam Physician* 2008; 77(2): 167–174.
- Nordhaug M. *Partiality and justice in nursing care*. Routledge, 2018.
- Nordhaug, M., Jerpseth, H., & Staats, K. (2026). *European nurses' attitudes towards assisted death: A scoping review*. *Nursing Ethics*. <https://doi.org/10.1177/09697330251403140>.
- Nunes R, Rego G. *Euthanasia: a challenge to medical ethics*. *J Clin Res Bioeth* 2016; 7(4): 1–5.

Ontario Ministry of Health (2022) Government of Ontario. Medical assistance in dying public information. <https://www.health.gov.on.ca/en/pro/programs/maid/>.

Onwuteaka-Philipsen BD, Muller MT, van der Wal G, et al Voluntary active euthanasia or physician-assisted suicide? *J Am Geriatr Soc* 1997; 45:1208-13.

Ornek Buken N. Ethical considerations at the end-of-life care. *Turkiye Klin J Med Ethics Law Hist-special Top* 2016; 2(3): 24–33.

Orsini F, Cioffi A, Cipolloni L, et al. Towards a European end-of-life regulation: necessary analysis. *Healthcare* 2025; 13(2): 130.

Parreiras M., Antunes GC, Marcon LMP, Andrade LS, Rückl S., Andrade VLÁ. Euthanasia and Assisted Suicide in Western Countries: A Systematic Review. *Rev. Bioét.* 2016;24(2):355–367.

Pellegrino ED. The physician's conscience, conscience clauses, and religious belief: a Catholic perspective. *Fordham Urban Law J.* 2002;30(1):221–44.

Pennisi F, Gentile L, Borlini S et al (2025) Direct and indirect healthcare costs of ocular diseases in Italy: a literature review on glaucoma, diabetic retinopathy, and macular degeneration. *Ann Ig.* 10.7416/ai.2025.2676.

Pennisi F, Ricciardi GE, von Wagner C et al (2024) Impact of Self-Reported Long-Term Mental Health Morbidity on Help-Seeking and Diagnostic Testing for Bowel-Related Cancer Symptoms: A Vignette Study. *Cancer Med* 13(23):e70426. 10.1002/cam4.70426.

Pinedo E, Allen N, Faus J, et al. Euthanasia bill moves ahead in Spanish parliament [Internet]. *Reuters*; 2020 [cited 2020 May 22]. Available online: <https://www.reuters.com/article/us-spain-politics-euthanasia/euthanasia-bill-moves-ahead-in-spanish-parliament-idUSKBN2052C0>.

Pinho-Reis C, Sarmiento A, Capeles ML. Nutrition and hydration in end-of-life care: ethical issues. *Acta Portuguesa De Nutrição* 2018; 15: 36–40.

Pinker S. The stupidity of dignity. *New Repub.* 2008;28((05.2008)):28–31.

Public Health Division (2022) Center for Health Statisti. Oregon death with Dignity Act 2021 data summary. [Online]. Available: <https://www.oregon.gov/oha/PH/PROVIDERPARTNERRESOURCES/EVALUATIONRESEARCH/DEATHWITHDIGNITYACT/Documents/year24.pdf>.

Pérez-Capellades RM, Falcó-Pegueroles A, Ramos Pozón S. La objeción de conciencia en el ámbito sanitario: un equilibrio entre derechos y deberes. *RBD*. 2024;:3–18. doi: 10.1344/rbd2024.60.43672.

Quah ELY, Chua KZY, Lua JK, Wan DWJ, Chong CS, Lim YX, Krishna L. A systematic review of stakeholders' perspectives on dignity and assisted suicide. *J Pain Symptom Manage*. 2023;65(2): e123–e136. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2022.10.004.

Raposo VL. Euthanasia please, we are Portuguese [Internet]. Vol. 2020. *Journal of Medical Ethics*; 2020. Available online: <https://blogs.bmj.com/medical-ethics/2020/03/05/euthanasia-please-we-are-portuguese/>.

Regional Law of Tuscany, March 14, 2025, No. 16 – Organizational Procedures for the Medicalized Assistance in Suicide. Available online at: <https://www.osservatoriofamiglia.it/contenuti/17520306/legge-regionale-toscana-14-marzo-2025-n-16-modalita-organizz.html>.

Reichlin M. The Reasonableness Standard for Conscientious Objection in Healthcare. *J Bioeth Inq*. 2022;19(2):255–64. doi: 10.1007/s11673-021-10165-5.

Reis de Castro MP, Antunes GC, Marcon LMP, et al. Euthanasia and assisted suicide in western countries: a systematic review. *Rev bioét* 2016; 242: 355–367.

Ricci G., Gibelli F., Sirignano A. (2022). Editorial - from ruling no. 242/2019 of the constitutional court to the Italian law on medically assisted death: a complex transition. *Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci*. 26 (13), 4546–4549. 10.26355/eurrev_202207_29174.

Rigaux F. Les sources philosophiques de l'intangibilité de la dignité humaine. *Bull Acad R Belg*. 2001;12(7):561–98.

Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, Monforte-Royo C. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: An updated and expanded systematic review

and meta-ethnography. *BMJ Open*. 2017;7(9): e016659. doi: 10.1136/bmjopen-2017-016659.

Rodríguez-Prat A, van Leeuwen E. Moral assumptions and understandings of the wish to hasten death: A philosophical review of qualitative studies. *Medicine, Health Care and Philosophy*. 2018;21(1):63–75. doi: 10.1007/s11019-017-9785-y.

Rosen M. Dignity: the case against. In: McCrudden C, a cura di. *Understanding Human Dignity*. Cary, NC: Proceedings of the British Academy; Oxford University Press; 2013. pp. 143–54.

Russell JA, Epstein LG, Bonnie RJ et al (2018). Lawful physician-hastened death. The AAN position statement. *Neurology* 90:420–422.

Salinas Mengual J. Should a register be kept of conscientious objectors to euthanasia in Spain? *Int J Human Rights*. 2023;27(8):1229–43. doi: 10.1080/13642987.2023.2199203.

Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH et al (2022) Report of the Lancet Commission on the Value of Death: Bringing death back into life. *The Lancet*, 399(10327), 837–884.

Samanta A, Samanta J. End of life decisions. *BMJ*. 2005;331(7528):1284–5.

Savulescu J. (2002). Esiste un “diritto a non nascere”? Decisioni riproduttive, opzioni e diritto all'informazione. *J. Med. Ethics* 28, 65–67. 10.1136/jme.28.2.65.

Schweda M, Schicktanz S, Raz A, et al. Beyond cultural stereotyping: views on end-of-life decision making among religious and secular persons in the USA, Germany, and Israel. *BMC Med Ethics* 2017;18:13.

Seymour D. End of Life Choice Bill [Internet]. New Zealand Parliament; [cited 2020 May 24]. Available online: https://www.parliament.nz/en/pb/bills-and-laws/bills-proposed-laws/document/BILL_74307/end-of-life-choice-bill.

Sheehan K, Gaiind KS, Downar J. Medical assistance in dying: special issues for patients with mental illness. *Curr Opin Psychiatry* 2017; 30:26-30.

Sillitti, P., et al. (2025). A public health perspective on assisted dying and its different modalities. *The Lancet Public Health*, 10(11), e1001–e1005.

Sinmyee S, Pandit VJ, Pascual JM, et al. Legal and ethical implications of defining an optimal means of achieving unconsciousness in assisted suicide. *Anaesthesia* 2019; 74:630-7.

Solari A, Ticozzi N, Comi G et al (2025) Neurology and physician-assisted suicide: glossary of definitions and terminology. *Neurol Sci.* 10.1007/s10072-025-08064-3.

Solarino B., Bruno F., Frati G., Dell'erba A., Frati P. (2011). A national survey of Italian physicians' attitudes towards end-of-life decisions following the death of eluana englaro. *Intensive Care Med.* 37 (3), 542–549. 10.1007/s00134-011-2132-5.

Soriano V, Montero B. Current Challenges for Conscientious Objection by Physicians in Spain. *Linacre Q.* 2024;91(1):29–38. doi: 10.1177/00243639231184352.

Spoljar D, Curkovic M, Gastmans C, Gordijn B, Vrkić D, Jozepovic A, Vuletic S, Tonkovic D, Borovecki A. Ethical content of expert recommendations for end-of-life decision-making in intensive care units: a systematic review. *J Crit Care.* 2020; 58:10–19. doi: 10.1016/j.jcrc.2020.03.010.

Sprung CL, Jennerich AL, Joynt GM, Michalsen A, Curtis JR, Efferen LS, Leonard S, Metnitz B, Mikstacki A, Patil N, McDermid RC, Metnitz P, Mularski RA, Bulpa P, Avidan A. The influence of geography, religion, religiosity, and institutional factors on end-of-life care for the critically ill worldwide: the WELPICUS study. *J Palliat Care.* 2024;39(4):316–24.

Steck N, Egger M, Maessen M, et al. Euthanasia and assisted suicide in selected European countries and the United States: a systematic review. *Med Care* 2013; 51:938-44.

Sulmasy DP. Conscience, tolerance, and pluralism in health care. *Theor Med Bioeth.* 2019;40(6):507–21. doi: 10.1007/s11017-019-09509-5.

Sweet W. Physician conscience. *Sci et Esprit.* 2023;75(2):237–51.

Tack S. Can hospitals prohibit euthanasia? An analysis from a European human rights perspective. *Med Law* 2011; 30(2): 295–306.

<https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-80155210170&partnerID=40&md5=ac47431c6e47470e8d73a56a62ce708d>.

Tamayo-Velazquez MI, Simon-Lorda P, Cruz-Piqueras M. Eutanasia e suicidio assistito dal medico: conoscenze, atteggiamenti ed esperienze degli infermieri in Andalusia (Spagna). *Nurs Ethics* 2012; 19: 677–691.

Tambakis J, Kaldjian L, Goligher EC. The religious character of secular arguments supporting euthanasia and what it implies for conscientious practice in medicine. *Theor Med Bioeth.* 2023;44(1):57–74. doi: 10.1007/s11017-022-09602-2.

Terkamo-Moisio A, Kvist T, Kangasniemi M, et al. Nurses' attitudes towards euthanasia in conflict with professional ethical guidelines. *Nurs Ethics* 2017; 24(1): 70–86.

Terkamo-Moisio A, Pietilä AM, Lehto JT, et al. Atteggiamenti degli infermieri e del pubblico in generale nei confronti dell'eutanasia in individui con demenza e deterioramento cognitivo. *Dementia* 2019; 18(4): 1466–1478.

Thorns A. Ethical and legal issues in end-of-life care. *Clinical Med* 2010; 10(3): 282–285.

Truchon and Gladu v. Canada (Attorney General) and Québec (Attorney General) (2019) [Online]. Available: <https://www.canlii.org/en/qc/qccs/doc/2019/2019qccs3792/2019qccs3792.pdf>.

Turillazzi E., Maiese A., Frati P., Scopetti M., Di Paolo M. (2021). Physician-patient relationship assisted suicide and the Italian constitutional court. *J. Bioeth. Inq.* 18 (4), 671–681. 10.1007/s11673-021-10136-w.

Turillazzi E, Morena D, Iacoponi N and Fineschi V (2025) Physician-assisted suicide in Italy: where do we stand and where do we want to go?. *Front. Psychiatry* 16:1606036. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1606036.

Ulrich CM, Taylor C, Soeken K, O'Donnell P, Farrar A, Danis M, Grady C. Everyday ethics: ethical issues and stress in nursing practice. *J Adv Nurs.* 2010;66(11):2510–2519. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05425.x.

Van Bruchem-Van De Scheur A, van der Arend A, Van Wijmen F, et al. Dutch nurses' attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide. *Nurs Ethics* 2008; 15: 186–198.

Van Der Heide A, Deliens L, Faisst K, et al. End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study. *The Lancet* 2003; 362(9381): 345–350.

Van der Heide A, Van Delden JJM, Onwuteaka-Philipsen BD. End-of-life decision making in the Netherlands over 25 years. *N Engl J Med* 2017; 377:492-4.

Van Humbeeck L, Piers R, De Bock R, et al. L'atteggiamento degli operatori sanitari fiamminghi nei confronti della stanchezza della vita e dell'eutanasia: uno studio basato su un sondaggio. *Aging Ment Health* 2022; 26: 205–211.

Van Wijngaarden E., Leget C., Goossensen A. (2015). Ready to give up on life: The lived experience of older people who feel life is completed and no longer worth living. *Soc. Sci. Med.* 138, 257–264. [10.1016/j.socscimed.2015.05.015](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.05.015).

Velasco Sanz TR, Cabrejas Casero AM, Rodríguez González Y, et al. Opinions of nurses regarding euthanasia and medically assisted suicide. *Nurs Ethics* 2022; 29(7-8): 1721–1738.

Viceconte N (2018) *L'ultima Tessera Del domino: Il Caso Englaro è chiuso. A margine della sentenza del consiglio di Stato n. 3058 del 2017*. *Corti Supreme E Salute* 1:77–94.

Vincent J-L, et al. “Piece” of mind: end of life in the intensive care unit Statement of the Belgian Society of Intensive Care Medicine. *J Crit Care.* 2014 ;29(1):174–175. doi: [10.1016/j.jcrc.2013.08.025](https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2013.08.025).

Watson L, et al. Symptom burden and complexity in the last 12 months of life among cancer patients choosing medical assistance in dying (MAID) in Alberta, Canada. *Curr Oncol.* 2022;29(3):1605–1618. doi: [10.3390/curroncol29030135](https://doi.org/10.3390/curroncol29030135).

Welby P (2006) *Lasciatemi morire*. Rizzoli, Milano.

Wicclair MR. Conscientious objection in medicine. *Bioethics.* 2000;14(3):205–27. doi: [10.1111/1467-8519.00191](https://doi.org/10.1111/1467-8519.00191).

Wong A, Hsu AT, Tanuseputro P. Assessing attitudes towards medical assisted dying in Canadian family medicine residents: a cross-sectional study. *BMC Med Ethics.* 2019; 20:103. doi: [10.1186/s12910-019-0440-4](https://doi.org/10.1186/s12910-019-0440-4).

Woods, M., & Rook, H. (2022). *Exploring hospice nurses' viewpoints on end-of-life practices and assisted dying*. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 24(4), E117–E125.

Zeilinger, E. L., Vielgrader, T.-L., Petersen, A., Meyer, A. L., Bruneskavay, N., & Unseld, M. (2025). *Nurses' perspectives on assisted suicide: Challenges and support needs*. *Social Science & Medicine*, 366, 117663.

Zolf B. *No conscientious objection without normative justification: Against conscientious objection in medicine*. *Bioethics*. 2019;33(1):146–53. doi: 10.1111/bioe.12521.