



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

Scuola di Medicina e Chirurgia

Dipartimento di Medicina

Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di laurea

EUTANASIA E SUICIDIO ASSISTITO: INDAGINE
CONOSCITIVA TRA LA POPOLAZIONE
INFERMIERISTICA DELL'AZIENDA OSPEDALIERA DI
PADOVA

Relatore: Prof. Cecchetto Giovanni

Laureanda: Antonello Alessia

(matricola n.: 1228467)

Anno Accademico 2021-2022

ABSTRACT

In molti paesi europei ed extraeuropei le pratiche eutanasiche e/o di suicidio assistito sono legali, in Italia, invece, la strada per la loro legalizzazione è ancora incerta, anche se sono stati fatti dei passi avanti.

A partire dalla proposta di iniziativa popolare, depositata alla Camera nel 2013, ne sono seguite altre, con l'intento di portare in Parlamento la questione e arrivare ad una normativa che regoli i trattamenti di aiuto a morire.

Nel marzo 2022, la Camera dei deputati ha approvato il testo unificato “disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”; con una maggioranza favorevole e passando il provvedimento alla visione del Senato, che non si è ancora espresso in merito.

Con l'emanazione della nuova legge, i compiti dei professionisti sanitari, tra cui l'infermiere, subirebbero dei cambiamenti; risulta quindi importante fare delle considerazioni sul tema.

Con il seguente studio, si vuole capire quale sia l'opinione e conoscenza degli infermieri circa “eutanasia” e “suicidio assistito”, se i professionisti si presterebbero ad avere un ruolo attivo e la conoscenza del Codice deontologico della professione.

Metodi. È stato ideato un questionario composto da 15 domande (14 a risposta multipla e una a risposta breve), così divise: dati generali, domande di natura conoscitiva sul tema trattato, domande sull'opinione professionale e personale dei professionisti e domande di esperienza professionale; è stato somministrato anonimamente agli infermieri di tre unità operative (Clinica Medica III, Chirurgia Generale I e Chirurgia d'Urgenza e T.I.P.O. cardiocirurgica) dell'Azienda Ospedale Università di Padova, tramite mail aziendale, con la collaborazione dei tre coordinatori.

Risultati. Il campione analizzato è di 50 infermieri. Della popolazione in esame, il 54% dei compilatori ha ricevuto delle richieste di aiuto a morire e avrebbe voluto avere la possibilità di intervenire, ed un altro 22%, anche se non ha mai dovuto fronteggiare tale richiesta, vorrebbe poter assecondare il desiderio del paziente. Inoltre, la quasi totalità del campione (96%) prenderebbe parte a trattamenti eutanasi e di aiuto al suicidio. Purtroppo, la conoscenza del tema e del Codice deontologico che regola la professione, risultano essere scarsamente conosciuti.

Conclusioni. I risultati hanno evidenziato un'apertura verso i trattamenti di aiuto a morire, confermando la vicinanza dell'infermiere durante tutte le fasi della vita del paziente ed il rispetto che ha nei confronti delle sue scelte. In aggiunta, dai dati rilevati, risulta necessaria una formazione specifica sul tema e un aggiornamento sulla conoscenza del Codice deontologico.

INDICE

Introduzione	pag.3
1. Quadro teorico.....	pag.5
1.1 Eutanasia e suicidio assistito in Italia.....	pag.6
1.1.1 Proposte di legge.....	pag.7
1.1.2 Testo unico: “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”.....	pag.12
1.2 L’infermiere e il Codice deontologico.....	pag.15
1.3 Eutanasia e suicidio assistito nel mondo	pag.17
2. Scopo dello studio.....	pag.21
2.1 Quesiti di ricerca.....	pag.21
2.2 Obiettivi dello studio.....	pag.22
3. Materiali e metodi.....	pag.23
4. Risultati.....	pag.25
4.1 Dati generali.....	pag.25
4.2 Domande di natura conoscitiva del tema trattato (domande 1-3).....	pag.26
4.3 Domande sull’opinione personale e professionale dei compilatori (domande 4-7, 13 e 14).....	pag.27
4.4 Domande di natura conoscitiva riguardo il Codice deontologico della professione infermieristica (domande 8-10).....	pag.30
4.5 Domande circa l’esperienza professionale degli infermieri del campione (domande 11 e 12).....	pag.32
5. Discussione e conclusioni.....	pag.35
5.1 Riepilogo e sintesi dei risultati.....	pag.35
5.2 Discussione dei risultati.....	pag.36
5.3 Limiti dello studio.....	pag.38
5.4 Conclusioni.....	pag.40
Bibliografia e Sitografia	
Allegati	

INTRODUZIONE

Il corso di laurea in Infermieristica prevede oltre alla parte teorica in aula, una buona parte di tirocinio, che ammonta a 1800 ore.

Lo studente ha quindi l'occasione, non solo di capire il concreto funzionamento dell'unità operativa e delle sue componenti, ma anche di confrontarsi con i vari operatori sanitari presenti e soprattutto di relazionarsi direttamente con le persone assistite, con le loro patologie, gioie, sofferenze, paure, perplessità e vissuti.

Non è un mistero che la figura che è a più stretto contatto con il paziente sia proprio l'infermiere, che con la sua professionalità cerca di rendere il ricovero o la permanenza dell'utente il più sicura possibile, sia da un punto di vista puramente tecnico che sul piano umano, creando così un rapporto di fiducia che a parole è complicato da descrivere, ma che racchiude un aspetto molto importante dell'essere infermiere.

In alcuni casi, soprattutto i pazienti che hanno una storia clinica complicata e con una prognosi infausta, che percepiscono la loro esistenza solo come qualcosa di fragile e al di fuori del loro controllo, colti dalla paura e dalla volontà di non perdere la propria dignità e quel briciolo di autonomia decisionale che ancora possiedono, chiedono un gesto estremo. Questa richiesta molte volte, viene posta direttamente all'infermiere, che in uno stato come l'Italia si trova ad avere le "mani legate" e poter solo cercare di annullare il dolore tramite farmaci prescritti o esporre, con l'aiuto del medico, le alternative che sono disponibili nel nostro paese.

Tra gli obiettivi che hanno portato alla stesura dell'elaborato di tesi, alla creazione del questionario e dello studio c'è la volontà di capire quale sia l'opinione della figura infermieristica riguardo il suicidio assistito e l'eutanasia, in quanto la legge evolve anche in Italia, e non è inverosimile pensare che in un prossimo futuro gli operatori sanitari siano chiamati a fare una scelta: se prendere parte alla pratica o astenersi.

Si indaga anche il livello di conoscenza teorico delle due pratiche e del Codice deontologico dell'infermiere, mettendo tutto in relazione con i dati sociodemografici raccolti, per evidenziare la presenza di differenze e similarità.

Verrà fornita una panoramica della legislazione italiana in merito a suicidio assistito ed eutanasia, prendendo in considerazione anche le proposte che sono state avanzate nel corso degli anni. Inoltre, si presenteranno gli stati in cui eutanasia e suicidio assistito sono pratiche legali.

1. QUADRO TEORICO

Per comprendere meglio l'argomento trattato nel seguente elaborato di tesi è innanzitutto necessario fornire alcune definizioni teoriche.

Con il termine *eutanasia* si intende qualsiasi atto compiuto da medici o da altri, con l'intento di accelerare o causare la morte di una persona, nel caso in cui la persona che ne fa esplicita richiesta, si trovi in una situazione di sofferenza fisica o psichica che non può essere alleviata o resa tollerabile farmacologicamente o con altre tecniche¹.

Più precisamente si parla di *eutanasia attiva* quando si determina o accelera la dipartita del malato mediante diretto intervento di una persona scelta, con l'utilizzo di farmaci letali. Questa è anche la definizione che verrà assegnata al termine nel testo.

Si definisce, invece, *eutanasia passiva* quando la morte del paziente è accelerata dall'astensione dal parte del medico di compiere degli interventi che potrebbero prolungare la vita della persona malata. Ad esempio, nel caso di un neonato con deformazioni gravi, che ne riducono l'aspettativa di vita, e che contrae un'infezione, l'astensione al trattamento antibiotico. Anche se questa figura come definizione di eutanasia passiva, sarebbe meglio definirla come desistenza terapeutica.

Per *suicidio assistito* si intende l'atto mediante il quale il medico prescrive i farmaci letali al malato su esplicita richiesta del paziente e lo istruisce sulle modalità di assunzione; in un secondo momento è la persona affetta dalla patologia che assume in autonomia tali farmaci e si procura una rapida morte.

La differenza sostanziale con l'eutanasia sta proprio su chi è l'agente dell'azione. Nel primo caso è il medico colui che prescrive e somministra il farmaco, anche se talvolta può avvalersi dell'aiuto del personale infermieristico; nel caso del suicidio assistito a carico dell'operatore sanitario è la prescrizione e l'educazione all'assunzione del farmaco, ma l'azione ultima è del malato.

Un'altra definizione utile alla comprensione di alcune parti del testo è quella di *sedazione palliativa*, ovvero, l'intenzionale riduzione della coscienza del paziente fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici².

1.1 Eutanasia e suicidio assistito in Italia

In Italia il tema di eutanasia e suicidio assistito è ancora considerato un tabù. Un primo passo è stato compiuto dalla Corte costituzionale, con l'ordinanza n. 207 del 2018³ prendendo in esame la vicenda Cappato-Antoniani, in cui si cercano di capire le basi costituzionali dell'articolo 580 del Codice penale ("istigazione e aiuto al suicidio"⁴), in quanto dal momento della sua entrata in vigore, nel 1931, il panorama medico-scientifico e tecnologico è enormemente cambiato, consentendo un allungamento della vita media che a quel tempo poteva sembrare inimmaginabile e evitare la morte a persone che, in base alle loro condizioni compromesse, non sarebbero riuscite a sopravvivere se non con macchinari, farmaci e la competenza che è andata sviluppandosi fino ai giorni nostri.

La Corte ha preso in considerazione anche la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea⁵, più precisamente l'articolo 1 ("Dignità umana"); l'articolo 3 ("Diritto all'integrità della persona"), in cui si specifica che ogni individuo ha diritto alla personale integrità fisica e psichica, comprendendo in tal senso anche il turbamento che può derivare da una vita costretta da una patologia irreversibile o una prognosi infausta; l'articolo 4 ("Proibizione della tortura e delle pene o trattamenti inumani e degradanti"); l'articolo 6 ("Diritto alla libertà e alla sicurezza") e l'articolo 7 ("Rispetto della vita privata e familiare").

Secondo la Corte costituzionale, l'aiuto a morire, quindi, potrebbe presentarsi come unica via d'uscita per il malato, prendendo in considerazione il concetto di dignità della persona, solo nel caso in cui il soggetto aiutato nell'atto suicidario sia:

- Persona affetta da una patologia irreversibile;
- Che la patologia sia fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili;
- Persona tenuta in vita per mezzo di trattamenti di sostegno vitale;
- Purché resti in grado di prendere decisioni libere e consapevoli.

La Corte fa riferimento anche alla legge n. 219 del 2017⁶, in cui il malato può rifiutare qualsiasi trattamento sanitario, anche se da esso dipende la sua sopravvivenza; quindi, tecnicamente, il paziente può già decidere di lasciarsi morire. Se intesa così questa legge, non esisterebbe la punibilità per chi accolga la richiesta del malato di aiuto al suicidio, per non prolungarne la sofferenza, consentendogli così di preservare la sua

dignità di individuo. In caso contrario, dice la Corte, “il divieto assoluto di aiuto al suicidio finisce per limitare la libertà di autodeterminazione dell’individuo nella scelta delle sue terapie, comprese quelle a liberarlo dalle sofferenze”³.

La Corte invita, inoltre, il Parlamento alle “opportune riflessioni in uno spirito di leale e dialettica collaborazione istituzionale [...], ed evitare, per un verso, che, nei termini innanzi illustrati, una disposizione continui a produrre effetti reputati costituzionalmente non compatibili, ma al tempo stesso scongiurare possibili vuoti di tutela di valori, anch’essi pienamente rilevanti sul piano costituzionale”³.

Con la sentenza n. 242 del 2019, la Corte costituzionale interviene nuovamente sulla vicenda Cappato-Antoniani, a più di un anno dalla sollecitazione al legislatore. Più precisamente la Corte si pronuncia sull’illegittimità o meno dell’articolo 580 c.p., ribadendo che “l’incriminazione dell’aiuto al suicidio non è, di per sé, in contrasto con la Costituzione ma è giustificata da esigenze di tutela del diritto alla vita, specie delle persone più deboli e vulnerabili, che l’ordinamento intende proteggere evitando interferenze esterne in una scelta estrema e irreparabile”⁷, ma solo nel caso in cui siano rispettati i criteri sopracitati.

1.1.1 Proposte di legge

Nel corso degli anni sono state depositate alla Camera diverse proposte, nella speranza che venisse creata una legge *ad hoc*.

La prima è di iniziativa popolare (n. 2)⁸, depositata alla Camera il 13 settembre 2013. È formata da quattro articoli di cui i primi due vengono superati dalla legge n. 242/2019, i quali trattano il tema del consenso informato e le disposizioni anticipate di trattamento; gli articoli restanti riguardano invece l’eutanasia, con l’obiettivo di aprire il dibattito in Parlamento. Quest’iniziativa, però, è insufficiente per regolamentare una questione complessa e delicata come quella del fine vita.

Il 5 dicembre 2018 viene depositata la Proposta Zan (n. 1418)⁹, che cerca, come la precedente, di far considerare alla Camera la necessità di creare una norma che regoli il suicidio assistito e l’eutanasia. Gli operatori sanitari che praticano trattamenti eutanasi o di aiuto nell’atto suicidario, non sarebbero perseguibili dalle legge, nel caso in cui si presentino i seguenti requisiti:

- La richiesta deve provenire dal paziente e deve essere accertata in modo inequivocabile;
- Il soggetto deve essere maggiorenne;
- Il soggetto deve essere capace di intendere e di volere;
- I parenti del malato, entro il secondo grado, e il coniuge, con il consenso del paziente, devono essere informati e avere la possibilità di interagire con il malato;
- La persona deve essere affetta da una patologia che provoca gravi sofferenze, inguaribile o con prognosi infausta inferiore a 18 mesi;
- Il malato deve essere adeguatamente informato circa le sue condizioni di salute e di tutte le possibili alternative terapeutiche, inoltre, deve conoscere gli sviluppi clinici della sua condizione.

Il trattamento eutanasi deve rispettare la dignità della persona e non provocare sofferenze aggiunte. Il rispetto dei criteri di eleggibilità del paziente deve essere attestato dal medico e confermato dal responsabile della struttura sanitaria dove avverrà il trattamento.

La persona deve redigere un atto scritto da consegnare all'ufficio anagrafe del Comune di residenza o domicilio, attestando la volontà di intraprendere il percorso in esame, nel caso in un futuro si trovi nella condizione di concludere il trattamento, e in qualità di soggetto capace di intendere e di volere. Inoltre, nella stessa sede nomina un fiduciario perché confermi la richiesta, in modo chiaro, inequivocabile e per iscritto. Il richiedente deve allegare un'autodichiarazione che attesti che si sia informato adeguatamente sul profilo medico, etico e umano. Rispetto alla precedente, questa è molto più articolata e complessa per dare delle linee guida per quanto riguarda i criteri necessari per accedere alla pratica e il procedimento per la presentazione della domanda.

Successivamente viene depositata la proposta Cecconi (n. 1586)¹⁰ presentata alla Camera l'11 febbraio 2019. In cui si propone di modificare la legge 219/2017 sul testamento biologico, senza però presentare una nuova normativa.

La n. 1586 prevede solo cinque requisiti che devono essere attesi per chi fa richiesta di trattamento eutanasi. I criteri identificati sono:

- Presenza di una patologia irreversibile;
- Insopportabili sofferenze fisiche o psichiche;

- Prognosi infausta inferiore ai 18 mesi;
- Richiesta esplicita da parte di un soggetto maggiorenne;
- Il soggetto deve essere adeguatamente informato sulle prospettive di vita, sulle possibilità terapeutiche, sui trattamenti palliativi e le loro conseguenze.

La proposta porta anche una bozza del procedimento per la richiesta, che si presenta come quello avanzato dalla proposta Zan.

Inoltre, viene proposto il Ministero della Salute come regolatore delle tempistiche e modalità di sostegno psicologico e sociale da prestare al paziente e alla famiglia, le procedure di attuazione del trattamento eutanasico e dei farmaci che devono essere utilizzati; inoltre, quali debbano essere i requisiti delle strutture sanitarie idonee e le modalità di accertamento delle condizioni.

Il 7 marzo del 2019 viene depositata la proposta Rostan (n. 1635)¹¹; anche questa si propone di modificare la legge 219/2017 sul testamento biologico. Al contrario della Cecconi e Zan è molto più semplice. Prevede tre requisiti di accesso al trattamento:

- Soggetto maggiorenne;
- Il soggetto deve essere adeguatamente informato sulle sue prospettive di vita, sulle possibilità terapeutiche, sui trattamenti palliativi e le loro conseguenze;
- Devono persistere delle gravi sofferenze per la persona, la presenza di una patologia irreversibile e con prognosi infausta inferiore a 18 mesi di vita.

Permane la necessità della conferma del medico e del responsabile della struttura sanitaria, ma si aggiunge che è necessario il parere della direzione dell'ASL per le strutture accreditate. Rispetto alle precedenti proposte, però, non si fa cenno a che tipo di sostegno spetta al paziente, quali siano le procedure di attuazione o gli organi che debbano regolamentare le procedure e verificare i requisiti.

Una proposta molto più completa e che crea una normativa autonoma rispetto alla legge 219/2017 è la Proposta Sarli¹², intitolata “Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico” (n. 1875) presentata alla Camera il 30 maggio 2019. Tra i requisiti di accesso figurano:

- Soggetto maggiorenne;
- Soggetto capace di intendere e di volere;
- Presenza di patologia irreversibile o prognosi infausta, che però non sia di natura psichiatrica o psicologica.

Dà inoltre le linee guida per la presentazione della richiesta, ovvero deve essere un testamento firmato con la presenza di due testimoni che devono anch'essi datare e sottoscrivere il documento, oppure un atto pubblico. Nel caso in cui il richiedente sia impossibilitato a firmare, è sufficiente la videoregistrazione sempre con la presenza di due testimoni; infine consegnata al medico curante.

Questa proposta esplicita, diversamente dalle altre, la possibilità di ritirare la richiesta in qualsiasi momento, come del resto accade per ogni altro atto sanitario, e poter indicare chi informare e far assistere al trattamento.

Per quanto riguarda il luogo dello svolgimento delle procedure, si propongono le strutture sanitarie del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) ritenute idonee, ma nel caso in cui le condizioni del paziente non ne consentano il trasferimento possono essere completate a domicilio.

Inoltre, i trattamenti vengono inseriti nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e si prevede quindi la gratuità del processo per i malati che lo richiedono.

I doveri del medico secondo la proposta sono di accertare le condizioni che siano conformi alla norma; annotazione nel diario clinico della permanenza nel paziente della volontà alla conclusione del percorso eutanasi o suicidario; verificare che la persona sia consapevole della scelta fatta e adeguatamente informata; infine, redazione di un rapporto sulle condizioni cliniche del malato.

Un'aggiunta importante che si trova in questa proposta, che la rende la più completa tra le depositate, è la presenza di linee guida riguardo la documentazione da inserire nella cartella clinica e la conservazione degli atti, inoltre prende in considerazione quale sia il motivo del decesso che deve essere fornito, proponendo che venga equiparato alla morte naturale dell'assistito. Si prevede l'obiezione di coscienza per gli operatori sanitari e l'istituzione di un apposito albo e modalità di registrazione.

Al Ministro della Salute delega l'individuazione delle strutture da definirsi idonee; la definizione delle procedure, le modalità e i tempi per il sostegno psicologico al malato e alla famiglia; le modalità di custodia e archiviazione delle richieste; le linee guida per la corretta applicazione dei trattamenti; e infine la relazione annuale da fornire al Parlamento, così che ci sia un controllo dei casi che fanno richiesta e di quelli che effettivamente concludono il percorso.

Questa è senza ombra di dubbio la proposta più in linea con quanto indicato dalla Corte costituzionale con la sentenza 242/2019, in quanto si adopera a creare un percorso di sostegno e tutela sia per la persona malata che per il personale che deve attuare il procedimento, delineando l'iter da intraprendere; l'unico discostamento dalla sentenza della Corte è l'esclusione delle persone affette da malattie psichiatriche o psicologiche. La proposta Pagano (n. 1888)¹³ depositata alla Camera il 5 giugno 2019, non crea una norma a sé stante ma porta delle modifiche riguardanti l'articolo 580 c.p., che vengono superate dalla sentenza n. 242/2019 della Corte.

Introduce però la burocrazia per la formalizzazione dell'obiezione di coscienza e ribadisce che i garanti della legge sulle disposizioni anticipate di trattamento debbano essere le strutture sanitarie pubbliche.

Un'altra è la proposta Sportiello¹⁴, presentata il 29 marzo 2021, per quanto riguarda i criteri per accedere alle procedure eutanasiche e di suicidio assistito sono pressoché uguali a quelli avanzati da altre proposte, come la Sarli. È una proposta composta da nove articoli, in cui si ritrovano anche le finalità, le condizioni e i presupposti, come presentare la richiesta e le procedure sanitarie e amministrative dei trattamenti, nonché precisa la motivazione del decesso del paziente, in modo che non spetti al medico la decisione, portando a differenze e contrapposizioni tra i vari professionisti. Anche la Sportiello propone che le procedure rientrino nei LEA e assegna al Ministero della Salute le deleghe già avanzate dalla proposta Sarli.

L'ultima proposta presentata è quella del deputato Trizzino¹⁵ il 10 maggio 2021. È molto simile alla proposta precedente e a quella di Sarli, sia per quanto riguarda la stesura e presentazione della richiesta sia per i criteri di eleggibilità che porta in esame. In aggiunta propone l'istituzione di comitati per l'etica clinica presso le aziende sanitarie territoriali. Questi comitati sono autonomi e indipendenti, costituiti da professionisti con competenze cliniche, psicologiche, sociali e bioetiche; garanti della corretta valutazione dei requisiti imposti dalla legge e delle modalità per accedere al suicidio assistito.

1.1.2 Testo unico: “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”

Si deve attendere marzo 2022 perché la Camera presenti il Parere della I commissione permanente con le disposizioni in *materia di morte volontaria medicalmente assistita*¹⁶. Nel disegno di legge, però, si parla solo di suicidio assistito, escludendo la possibilità di ricevere il trattamento eutanasi. Il testo è formato da nove articoli, nei quali troviamo molti elementi che richiamano le proposte che sono state avanzate nel corso degli anni, soprattutto per quanto riguarda i requisiti, la forma richiesta (art. 4) e le modalità (art. 5).

All'articolo 3, intitolato “presupposti e condizioni”, si delineano i criteri d'accesso al trattamento. Il richiedente del suicidio assistito deve essere una persona che abbia:

- Raggiunto la maggiore età;
- Che sia capace di intendere e di volere, di prendere decisioni libere, attuali e consapevoli;
- Adeguatamente informata;
- Che sia stata coinvolta in un percorso di cure palliative al fine di alleviare il suo stato di sofferenza e che le abbia esplicitamente rifiutate.

Inoltre, si deve presentare contemporaneamente una delle seguenti condizioni:

- La persona deve essere affetta da una patologia attestata dal medico curante e dal medico specialista come una condizione irreversibile e con prognosi infausta, che comportino sofferenze fisiche e psicologiche che sono ritenute assolutamente intollerabili;
- Essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente.

La richiesta per accedere al suicidio medicalmente assistito deve essere attuale, informata, consapevole, libera ed esplicita.

C'è la necessità che venga manifestata per iscritto e nelle forme dell'atto pubblico o scrittura privata autenticata, nel caso in cui la persona non sia in grado di presentare la richiesta scritta, si possono utilizzare altri mezzi, come ad esempio una videoregistrazione, che ne attesti inequivocabilmente la volontà, con la presenza di due testimoni. Il richiedente ha il diritto di revocata in qualsiasi fase del processo, senza che ci siano requisiti di forma a cui attenersi.

La richiesta deve essere inviata al medico di medicina generale o curante; a questo punto si effettua un colloquio con il paziente, o anche con i famigliari se il malato lo desidera, in cui si vagliano le possibili alternative presenti e si discute sulla scelta compiuta, promuovendo il sostegno psicologico del paziente, avvalendosi anche di uno specialista.

Il medico che ha ricevuto la richiesta redige un rapporto dettagliato e documentato sulle condizioni cliniche, psicologiche, sociali e familiari del richiedente e sulle motivazioni che lo hanno portato a fare la richiesta e lo inoltra al Comitato di valutazione clinica territoriale competente. Il rapporto deve allegare la richiesta assieme alla documentazione medica e clinica.

È necessario precisare se la persona è stata adeguatamente informata della propria condizione clinica e della prognosi, dei trattamenti sanitari ancora attuabili e di tutte le possibili alternative terapeutiche. Il rapporto deve indicare inoltre se la persona è a conoscenza del diritto di accedere alle cure palliative e specificare se è già in carico a tale rete di assistenza o se ha esplicitamente rifiutato il percorso assistenziale.

Nel caso ritenga che manchino i presupposti e le condizioni necessarie, la richiesta non viene trasmessa al Comitato per la valutazione clinica.

Quest'ultimo, entro trenta giorni, esprime un parere motivato sull'esistenza dei presupposti e dei requisiti stabiliti dalla legge e lo trasmette al medico richiedente e alla persona interessata.

Il Comitato per la valutazione clinica può effettuare tutti gli accertamenti che ritiene necessari al fine di definire che la richiesta di morte medicalmente assistita sia stata informata, consapevole e libera, ad esempio recandosi al domicilio della persona malata.

Nel periodo tra l'invio della richiesta e l'approvazione, al paziente è assicurato un supporto medico e psicologico adeguato.

Nel caso in cui il parere sia favorevole, il medico richiedente lo trasmette tempestivamente, insieme a tutta la documentazione in suo possesso, alla direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera locale o alla direzione sanitaria dell'azienda ospedaliera di riferimento, che deve attivare le verifiche necessarie a garantire che il decesso avvenga, presso il domicilio del paziente o, nel caso non sia possibile, presso una struttura ospedaliera e sia consentito anche alle persone prive di autonomia fisica.

Nel caso in cui il medico non ritenga di trasmettere la richiesta al Comitato per la valutazione clinica o in caso di parere contrario, la persona che abbia richiesto la morte volontaria medicalmente assistita può ricorrere al giudice competente nel territorio, entro il termine di sessanta giorni dalla data di ricezione del parere.

La richiesta, la documentazione e il parere fanno parte integrante della cartella clinica ed il decesso è equiparato al decesso per cause naturali a tutti gli effetti di legge.

Nella norma in esame è consentita l'obiezione di coscienza (art. 7) per i professionisti sanitari e gli esercenti le attività sanitarie ausiliarie.

I Comitati per la valutazione clinica sono istituiti nelle aziende sanitarie locali con il compito di vigilare sull'intero procedimento; sono enti multidisciplinari, autonomi e indipendenti.

Si lascia al Ministro della Salute l'individuazione dei requisiti a cui devono attenersi le Strutture sanitarie del SSN per ricevere l'idoneità all'attuazione delle procedure; definire i protocolli e le modalità per la prescrizione, preparazione, coordinamento e sorveglianza; definire le procedure necessarie per l'assicurazione del sostegno psicologico alla persona malata e ai suoi famigliari.

Il Ministro della salute è tenuto a presentare annualmente alle Camere una relazione sullo stato di attuazione delle disposizioni della legge.

Nel disegno di legge, tra i criteri per l'accesso al trattamento, figura il fatto che un paziente che decida di intraprendere un percorso di questo tipo, deve essere affiancato ad un nucleo di cure palliative. Questo aspetto è interessante perché si prende in considerazione il concetto di palliazione e più precisamente *sedazione palliativa*. Il paziente in questo caso è indotto in uno stato di coma sufficientemente profondo da impedire la percezione degli stimoli che provocano uno stato di sofferenza inaccettabile, questo avviene tramite la somministrazione di alte dosi di sedativi.

Ci sono diversi tipi di sedazione palliativa, in base alla profondità della perdita di coscienza. Essendo i destinatari ultimi delle cure palliative i malati terminali, questo tipo di sedazione porta alla morte del paziente senza che questo avverta dolore, ma anche senza avere coscienza di sé e di chi gli sta attorno, se non per quella percentuale che si ha nella fase comatosa. Questa pratica è legale, in quanto l'obiettivo della sedazione è il controllo dei sintomi, che sono refrattari ai farmaci antidolorifici in commercio o insopportabili dal malato, e non la morte; quindi, non deve essere confusa

con l'eutanasia o suicidio assistito. La morte in questo caso è un “effetto collaterale” della condizione precaria del paziente associata alle alte dosi di farmaci, che si rendono necessarie per alleviare le sofferenze, ma la persona perdendo coscienza, perde anche la facoltà di decisione nei suoi ultimi giorni di vita e la possibilità di poterli trascorrere con chi gli è più vicino. Inoltre, non c'è un tempo prestabilito, in cui l'induzione della perdita di coscienza porti al decesso, quindi, si sottopone il paziente ad una morte più lenta rispetto ad una dose letale di farmaci, come nel caso dell'eutanasia.

Per quanto riguarda l'entrata in vigore della legge, in termini di tempo, non si hanno molte informazioni, perché si è ancora in attesa della risposta da parte del Senato. Nel caso in cui ci fosse un parere favorevole, la legge entrerà in vigore dopo novanta giorni dalla sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale, ma ad oggi siamo ancora ad un piano teorico.

1.2 L'infermiere e il Codice deontologico

Nel disegno di legge sopraccitato, relativo al parere della Camera, si evince che l'attuazione del procedimento per il suicidio assistito non è solo competenza medica, ma riguarda anche altri professionisti sanitari; tra questi l'infermiere, che essendo a stretto contatto con il paziente, instaura con esso un rapporto particolare durante la presa in carico e tutta la successiva permanenza in reparto.

Purtroppo, la norma non ne identifica le funzioni e i compiti che andrebbero a ricoprire, come invece ha fatto con la categoria medica, lasciando una lacuna che dovrà essere sanata, si spera, prima dell'entrata in vigore della legge, o che almeno vengano delineati gli enti che dovranno farlo.

Un aspetto molto importante che deve essere considerato è la discordanza o meno con il Codice deontologico della professione, in quanto l'infermiere deve attener si sia alla normativa vigente che alla propria deontologia.

Per quanto riguarda il Codice deontologico dell'infermiere, nella sua ultima revisione del 2019, non si presentano delle incompatibilità, “liberando” da sanzioni i professionisti che si trovassero ad assistere pazienti che richiedono un aiuto a morire. Infatti, nel 2019 la FNOPI (Federazione Nazionale Ordini delle Professioni Infermieristiche) ha rivisto il Codice deontologico in quanto, il concetto di salute, gli

avanzamenti tecnici e farmacologici e la relazione con l'assistito si sono evoluti e quindi anche il Codice, per essere al passo con le esigenze e i compiti che il professionista si trova a fronteggiare, deve subire revisioni e aggiornamenti sistematici.

Nel nuovo Codice, la revisione ha preso in considerazione molti articoli, ma un grande cambiamento è rappresentato dall'eliminazione dell'articolo 38 presente in quello del 2009, che faceva riferimento a tutte le procedure che aiutino un assistito a porre fine alla sua vita volontariamente. L'articolo recitava "l'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito".

Con l'esclusione di questo articolo, soprattutto dopo la legge 219/2017 e l'ordinanza n. 207/2018 della Corte costituzionale, nel nuovo Codice si lascia più spazio alla decisione del singolo professionista, in una prospettiva di cambiamento della situazione normativa; si pone anche l'accento sulla necessità di considerare la dignità della persona malata e il suo diritto all'autodeterminazione, secondo gli articoli 2¹⁸, 13¹⁹ e 32²⁰ della Costituzione.

Quest'articolo è stato sostituito da uno più in linea anche con il disegno di legge della Camera di marzo 2022, in quanto nell'articolo 6 "libertà di coscienza"²¹, si legge che l'infermiere è tenuto, secondo la sua deontologia, ad assistere la persona malata anche nel caso in cui "manifesti concezioni etiche diverse dalle proprie. Laddove quest'ultima esprima con persistenza una richiesta di attività in contrasto con i valori personali, i principi etici e professionali dell'infermiere, egli garantisce la continuità delle cure, assumendosi la responsabilità della propria astensione".

Quindi il codice non sanzionerebbe il professionista che prenda parte alla procedura suicidaria, a meno che non sia un obiettore di coscienza, nel caso in cui rispetti la legge.

Nell'articolo 24²¹ "Cura nel fine vita", inoltre, si ribadisce la relazione di aiuto che si crea tra infermiere, paziente e familiari nella fase finale della vita, che ai fini della nostra trattazione potrebbe includere il suicidio assistito. Infatti, si legge "l'Infermiere sostiene i familiari e le persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto". Sottolineando ancora una volta uno dei punti cardini della professione, ovvero la

relazione con l'assistito e la sua famiglia, che diventa "tempo di cura", come esprime la Presidentessa, Barbara Mangiacavalli, della FNOPI nella presentazione del nuovo Codice.

Quindi l'infermiere diventerebbe una risorsa soprattutto nella fase finale del trattamento suicidario per aiutare il paziente a raggiungere nel modo migliore possibile "una buona morte", ma anche rappresenterebbe un supporto ai suoi parenti per accettare la scelta del loro caro, facilitandoli nella comprensione e integrazione degli aspetti che rimangono ancora poco chiari.

1.3 Eutanasia e suicidio assistito nel mondo

Se in Italia le norme per l'eutanasia e il suicidio assistito sono ancora in via di sviluppo, in altri paesi europei ed extraeuropei, invece, sono procedure praticate e regolamentate da leggi specifiche. Innanzitutto, è bene fare una distinzione tra Stati che hanno legalizzato l'una o l'altra pratica, oppure entrambe, e capire quali invece le hanno solo depenalizzate. Infatti, rendere legale un trattamento o depenalizzarlo sono due concetti diversi.

Depenalizzare qualcosa significa togliere ad un'azione il carattere di reato che possedeva prima, quindi, qualcosa che prima veniva considerato un crimine ora non lo è più. Un esempio è stata la depenalizzazione dell'eutanasia in Olanda nel 1994; in questo caso rimaneva un reato, ma non si poteva procedere penalmente verso il medico che aveva agito su richiesta del paziente. Nel 2000, invece, è stata legalizzata dal Parlamento, con l'entrata in vigore della legge nel 2002²². Infatti, legalizzare significa eliminare qualsiasi legge che proibiva o condannava una determinata azione, e crearne una nuova per regolamentarla.

Il trattamento eutanasi è legale in sei Stati del mondo, cronologicamente sono: Paesi Bassi (2002); Belgio (2002); Lussemburgo (2009); Canada, Colombia e Stato dell'Australia Occidentale (2021).

In Olanda la legge che legalizza l'eutanasia è stata approvata dal Parlamento nell'aprile 2001, intitolata "Legge per il controllo di interruzione volontaria della vita su richiesta e assistenza al suicidio", entrata in vigore il primo gennaio 2002.

Questa legge prende in considerazione l'art. 293 del Codice penale dello stato²³, in cui si legge che una persona che decida di porre fine alla vita di un malato su sua richiesta è perseguibile, a meno che non sia un medico che rispetta i criteri identificati nella norma sull'eutanasia all'articolo 2²⁴.

In Belgio, la normativa sull'eutanasia è entrata in vigore il 28 maggio 2002, intitolata *The Belgian Act in Euthanasia (The Act)*²⁵. Prima di questa data nessuna legge regolamentava i trattamenti eutanasi né il suicidio assistito, però il medico non era tenuto a continuare i trattamenti terapeutici se non lo ritenesse necessario, ma era obbligato a sedare il dolore anche se così facendo avrebbe accelerato la morte del paziente. È interessante prendere in esame il Belgio perché presenta la stessa radice secolare cattolica che c'è in Italia, con la differenza che il pluralismo etnico nella società è più accentuato. Si è arrivati infatti a creare un contratto di convivenza stipulato tra le diverse componenti sociali, non consentendo l'istituzione di un'etica di Stato, difficile da superare invece in Italia. Il governo belga, infatti, riconosce la “sovranità dell'uomo sulla sua vita”, di conseguenza anche sulle decisioni che riguardano la sua morte. Questo sistema ha riscosso molte critiche, perché, tra i criteri di eleggibilità per l'accesso non figura la maggiore età, bensì la “maturità giuridica”, quindi anche i pazienti minorenni, che vengono ritenuti in grado di prendere decisioni per la propria salute, possono accedere ai trattamenti se si presentano anche tutti gli altri criteri. Viene considerato, infatti, una tra le legislazioni più “morbide” esistenti.

In ordine cronologico troviamo il Lussemburgo; l'entrata in vigore della legge è stata lenta, in quanto il monarca ha bloccato la procedura. È stata necessaria una riforma costituzionale che limitava i poteri del granduca, affinché il 16 marzo del 2009 entrasse in vigore la *Loi sur l'euthanasie et l'assistance au suicide* (tradotto: legge sull'eutanasia e suicidio assistito)²⁶.

In Canada la legge Bill C-7²⁷, che legalizza l'eutanasia e il suicidio assistito, viene approvata il 17 marzo 2021. Interessante è notare che per l'attuazione della procedura sia necessaria l'azione di un medico o di un infermiere specializzato; inoltre, i malati mentali possono richiedere l'iniezione letale nel caso in cui si siano espressi precedentemente in caso di grave invalidità, aprendo l'accesso anche alle persone affette da malattie neurodegenerative. Per i malati terminali, invece, è prevista l'eutanasia immediata con un tempo di decorrenza tra la richiesta e l'attuazione di 10

giorni. Secondo la legge, i medici e gli infermieri che fanno parte del sistema sanitario canadese non hanno la possibilità di dichiararsi obiettori di coscienza, e questo fatto ha suscitato forti opposizioni tra le schiere cristiane dello stato, sostenute anche da quelle estere. Assieme a quella belga è definita la legge più permissiva al mondo.

Anche la Colombia ha una lunga storia che ha portato, inizialmente, nel 1997 a depenalizzare l'eutanasia attiva se praticata da un medico con la sentenza n. C-239/97²⁸. La Corte costituzionale colombiana ha riconosciuto per la prima volta l'esistenza ad un diritto fondamentale che è una morte dignitosa. Inoltre, con la sentenza n.C-233/21, supera uno dei limiti del 1997, in cui si esplicitava tra i criteri di accesso la presenza di una malattia terminale, questo perché ritenuto un "deficit di tutela in persone meritevoli di una speciale protezione per le loro estreme condizioni di salute".

L'ultimo stato che ha legalizzato l'eutanasia e suicidio assistito è l'Australia occidentale, tramite il *Voluntary Assisted Dying Bill 2019*²⁹, presentato il 7 agosto 2019, ma approvato il primo luglio 2021. Anche se legalizza entrambe le pratiche, la somministrazione preferita è quella autonoma, ma nel caso il paziente non ne abbia le capacità viene sostituito.

Molti di più sono gli stati che hanno legalizzato solo il suicidio assistito, tra cui dieci giurisdizioni si trovano solo negli Stati Uniti. Presentano, ad eccezione della Svizzera, caratteristiche molto simili, che permettono l'accesso alle procedure secondo criteri rigidi e tutti prevedono che un paziente sia residente o domiciliato per un lasso di tempo, che ogni giurisdizione decide autonomamente, nello stato in esame. Cronologicamente:

- Svizzera (1941);
- Oregon (USA); nel 1997 presenta il *Death with Dignity Act*³⁰;
- Washington (USA); prendendo come esempio lo statuto dell'Oregon, nel 2009 presenta il *Washington Death with Dignity Act*³¹;
- Montana (USA); dal caso *Baxter v. Montana*³² del 2009, la Corte Suprema dello stato ha dato delle disposizioni sul suicidio assistito ma che non sono molto dettagliate, si basano principalmente su un articolo presentato sul *Journal of Palliative Medicine*, intitolato *Clinical Criteria for Physician Aid in Dying*;

- Vermont (USA); legalizza il suicidio assistito con il *Vermont's Act 39*³³. *Patient Choice and Control at the End of Life* nel 2013;
- California (USA); nel 2016 entra in vigore il *California End of Life Option Act*³⁴, prende come esempio la legge 39 del Vermont;
- Colorado (USA); nel 2016 presenta una legge, per i malati terminali, chiamata *Colorado End of Life Option Act*³⁵;
- Distretto di Colombia (USA); rifacendosi alla legge di Washington presenta nel 2016 il *D.C. Death with Dignity Act*³⁶;
- Stato australiano della Victoria; entra in vigore nel novembre del 2017 il *Voluntary Assisted Dying Act*³⁷;
- Hawaii (USA); sul modello degli statuti di Oregon e Washington, entra in vigore nel 2019 *Our Care, Our Choice Act*³⁸;
- Maine (USA); il *Maine Death with Dignity Act*³⁹ viene firmato nel giugno del 2019;
- New Jersey (USA); in vigore dall'agosto 2019 *Aid in Dying for the Terminally Ill Act*⁴⁰.

Per quanto riguarda la Svizzera, invece, la situazione che si delinea è particolare; al contrario degli altri stati in cui è legale, permette anche ai non residenti di recarsi nel paese per accedere alla pratica del suicidio assistito. È stata una politica fortemente criticata dagli oppositori, perché si creerebbe un “turismo del suicidio”, in quanto i malati che vivono in uno stato in cui i trattamenti di aiuto al suicidio non sono praticati, possono recarsi in Svizzera per porre fine ai loro giorni.

Inoltre, nello Stato Federale svizzero non esiste una legge che regolamenti la pratica del suicidio assistito, sembra inverosimile, ma le associazioni di aiuto al suicidio sono “tutelate” da un cavillo che si ritrova nell'articolo 115⁴¹ del Codice penale della confederazione. Infatti, si legge “Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito”, sottintendendo che solo se l'atto è dato da una motivazione egoistica può essere punito, chi lo fa, invece, per il bene della persona malata non si trova in questa situazione. Questo implica anche il fatto che non sia necessariamente un dovere di un operatore sanitario compiere il trattamento, infatti, normalmente sono le associazioni che procurano il farmaco e il paziente lo assume in autonomia.

2. SCOPO DELLO STUDIO

Come già sottolineato nel capitolo precedente, il nuovo disegno di legge presentato dalla Camera dei deputati, che aspetta solo l'approvazione da parte del Senato, potrebbe portare a dei cambiamenti interni ad ogni struttura sanitaria del SSN.

Questo implica l'identificazione dei professionisti sanitari che avranno un ruolo effettivo nell'intero processo, dall'identificazione dei criteri d'accesso per il richiedente, al sostegno psicologico, all'attuazione effettiva del trattamento e all'istituzione dei Comitati per la valutazione clinica.

Nei paesi in cui la pratica del suicidio assistito è regolamentata, l'infermiere ha un ruolo attivo. In Olanda, al pari dell'Italia, l'infermiere è una delle figure cardini nella parte finale della vita di un paziente; in particolare, secondo uno studio di *Scheur et al.*⁴², l'infermiere, nel 45,1% dei casi, è la prima persona con cui il malato discute della decisione di porre fine alla sua vita e nel 15,4% sono gli infermieri a dover gestire l'intera procedura.

Risulta quindi necessario capire quale sia la propensione all'attuazione del trattamento dei professionisti italiani, anche se i ruoli nei due stati sono diversi, nel caso in cui la norma entrasse in vigore; inoltre, non è impensabile che la legislazione italiana, per un argomento così delicato e per il fatto che non abbia, ad oggi, delineato i compiti dell'infermiere, si rifaccia a leggi già consolidate e approvate in altri paesi.

2.1 Quesiti di ricerca

Dalle ricerche effettuate in letteratura, dalle informazioni emerse dall'analisi della legislazione estera ed italiana, inoltre, considerando la cultura in cui è immersa la società del nostro stato, si sono delineati alcuni quesiti, che lo studio, di cui questo elaborato di tesi è oggetto, cercherà di rispondere. Ovvero:

- Qual è la conoscenza e l'opinione degli infermieri italiani riguardo l'eutanasia e suicidio assistito?
- Nel caso si presentasse l'occasione, all'emanazione della nuova normativa, in quanti si presterebbero ad avere un ruolo attivo?
- Secondo i professionisti, il Codice deontologico è esaustivo o necessita di essere implementato con articoli più specifici, in modo che l'infermiere non abbia dubbi di natura etica?

2.2 Obiettivi dello studio

Lo scopo del seguente elaborato è di sondare la conoscenza degli infermieri di tre unità operative differenti, per casistica affrontata (UO di tipo internistico, UO di chirurgia generale e UO di rianimazione postoperatoria), dell'Azienda Ospedale-Università di Padova circa i temi di suicidio assistito ed eutanasia, inoltre verificare le conoscenze riguardanti il Codice deontologico della professione. In aggiunta, si vuole indagare l'opinione circa l'argomento e la disponibilità ipotetica durante le procedure di aiuto a morire.

3. MATERIALI E METODI

Il seguente studio è stato condotto in tre Unità Operative (UO) dell'Azienda Ospedale-Università di Padova (AOPD). Per creare maggiore variabilità, affidabilità e uniformità ai dati raccolti, sono state scelte tre UO che presentano casistiche di pazienti diverse (area medica, chirurgica e critica), permettendo così una visione del tema più ampia:

- Clinica Medica III
- Chirurgia Generale 1 e Chirurgia D'Urgenza
- T.I.P.O. cardiocirurgica

Il campione potenziale di studio comprende circa 130 infermieri, numero non definibile precisamente a causa delle turnazioni interne e presenze in reparto. La raccolta dati è avvenuta tra metà agosto 2022 e metà settembre 2022.

Il disegno dello studio adottato è osservazionale-descrittivo.

Per la ricerca dello strumento d'indagine, sono stati consultate diverse banche dati come PubMed e Google Scholar, utilizzando le seguenti parole chiave: *MAID; euthanasia; assisted death; nurse; law; ethics*. Altri siti che si sono resi necessari per la consultazione legislativa: sito della Gazzetta Ufficiale, della Corte costituzionale, della Corte di cassazione, della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica.

In letteratura non è stato trovato un questionario validato che permettesse di rispondere ai quesiti dello studio; quindi, è stato utilizzato un questionario autoprodotta con l'aiuto del relatore.

Questo strumento è costituito da 15 domande (14 a risposta multipla e una a risposta breve) raggruppabili come segue:

- Domande di natura conoscitiva del tema trattato (eutanasia e suicidio assistito; domande 1-3);
- Domande sull'opinione personale e professionale dei compilatori (domande 4-7, 13 e 14);
- Domande di natura conoscitiva riguardo il Codice deontologico della professione infermieristica (domande 8-10);
- Domande circa l'esperienza professionale degli infermieri del campione (domande 11 e 12).

Queste sono state precedute da una scheda che raggruppa alcuni dati generali, nei quali è stato chiesto:

- Anno di nascita;
- Regione di nascita;
- Sesso;
- Unità operativa;
- Titolo di studio conseguito inerente alla professione infermieristica.

Nella parte introduttiva sono stati delineati gli obiettivi dello studio ed è stata inviata agli infermieri, assieme al link per la compilazione, una lettera di presentazione (Allegato 1), che definiva le motivazioni della creazione del questionario.

La compilazione delle domande e la raccolta delle risposte è stata mantenuta anonima, in modo da aumentare l'affidabilità dei dati; per fare ciò è stata utilizzata la piattaforma Google Moduli.

In un primo momento, è stata chiesta l'adesione ufficiosa all'invio e compilazione del questionario ai coordinatori delle tre UO; solo dopo l'approvazione ufficiale da parte della Direzione delle Professioni Sanitarie, a cui sono state presentate le adesioni dei coordinatori e il protocollo della tesi, è stato inviato il link per la compilazione del questionario.

Per accedere al *form* con le domande (Allegato 2) è stato inviato il link agli infermieri con la collaborazione dei tre coordinatori delle Unità Operative, che li hanno a loro volta trasmessi tramite mail aziendale.

4. RISULTATI

Il numero di infermieri che hanno risposto al questionario è 50 su 130, ovvero il 38,46% del campione potenziale.

4.1 Dati generali

Nella prima parte del questionario sono state chieste delle informazioni di carattere generale. L'età media degli infermieri che hanno risposto è di 35 anni (età massima registrata nel campione 64 anni ed età minima 23).

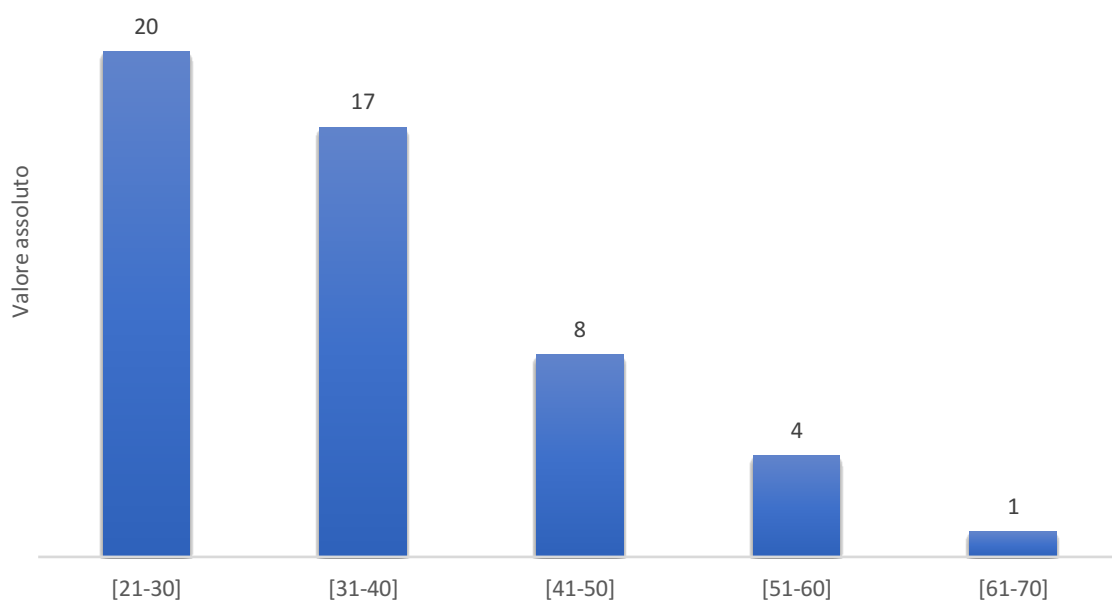


Grafico 1. Istogramma che rappresenta la distribuzione dell'età in classi degli infermieri delle tre UO.

Il 76% degli infermieri che hanno risposto al questionario è donna, mentre il 24% uomo.

È stata chiesta la regione di origine, il 74% proviene dal Veneto, il 6% dalla Puglia, il 4% dalla Sicilia e il restante è equamente ripartito (ogni regione rappresenta il 2%) tra: Abruzzo, Sardegna, Friuli Venezia-Giulia, Toscana, Campania e Molise; due infermieri provengono invece da Spagna e Polonia.

Il 46% degli infermieri (23 persone) provengono dalla T.I.P.O. cardiocirurgica, il 36% (18 persone) dalla Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza e il restante 18% (9 persone) dalla Clinica Medica III.

È stato chiesto, infine, il titolo di studio conseguito: l'82% laurea triennale in Infermieristica, 8% laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche ed il restante 10% diploma regionale.

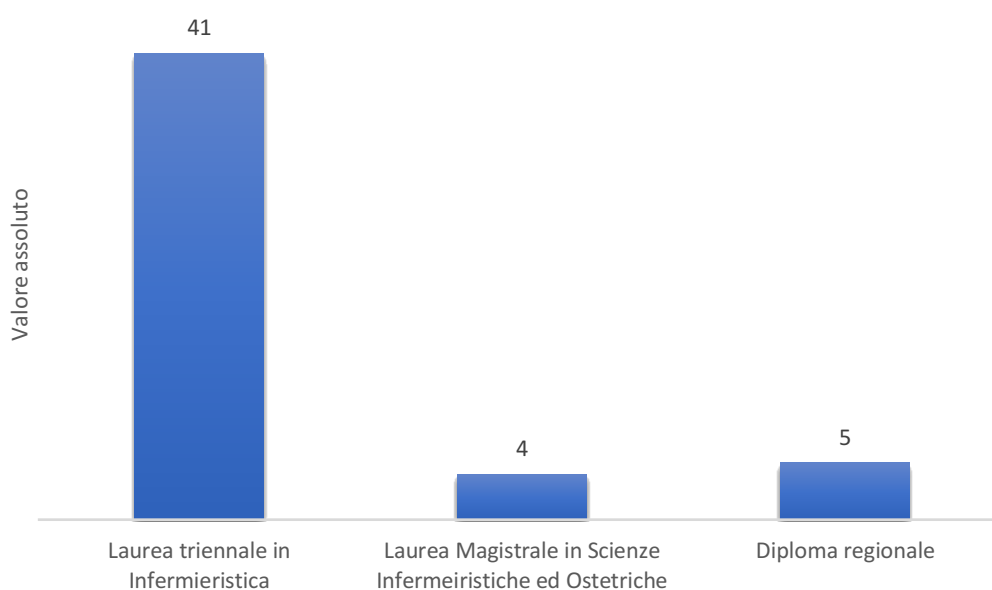


Grafico 2. Istogramma che rappresenta la distribuzione del titolo di studio conseguito dagli infermieri.

4.2 Domande di natura conoscitiva del tema trattato (domande 1-3)

Sul totale di 50 infermieri che hanno risposto al questionario, il 74% (37 su 50) di essi ha risposto affermativamente alla domanda 1, in merito alla conoscenza della differenza tra il concetto di *eutanasia* e *suicidio assistito*, il restante 26%, invece, ha dichiarato di non conoscerla. Alla domanda 2 e 3 è stata chiesta la definizione dei due termini per testare la conoscenza effettiva. Il 60%, alla domanda 2, ha risposto correttamente in merito alla definizione di *eutanasia* ed il 62% correttamente alla domanda 3 (definizione di *suicidio assistito*). Il 48%, ovvero 24 infermieri su 50, ha risposto correttamente ad entrambe le domande. Di quelli che pensavano di conoscere

la differenza, il 18% ha dato una sola risposta giusta alle domande 2 e 3, mentre il 16% (8 infermieri) ha sbagliato entrambe le risposte; arrivando ad un totale di 17 infermieri (il 34%) che pensavano di conoscere la risposta, ma invece non era così.

Sulla base totale di 37 persone che hanno risposto affermativamente alla domanda 1, il 64,86% degli infermieri (24 su 37) ha risposto correttamente alla domanda 2 e il 67,56% (25 su 37) alla domanda 3, solo il 40% ha risposto correttamente ad entrambe.

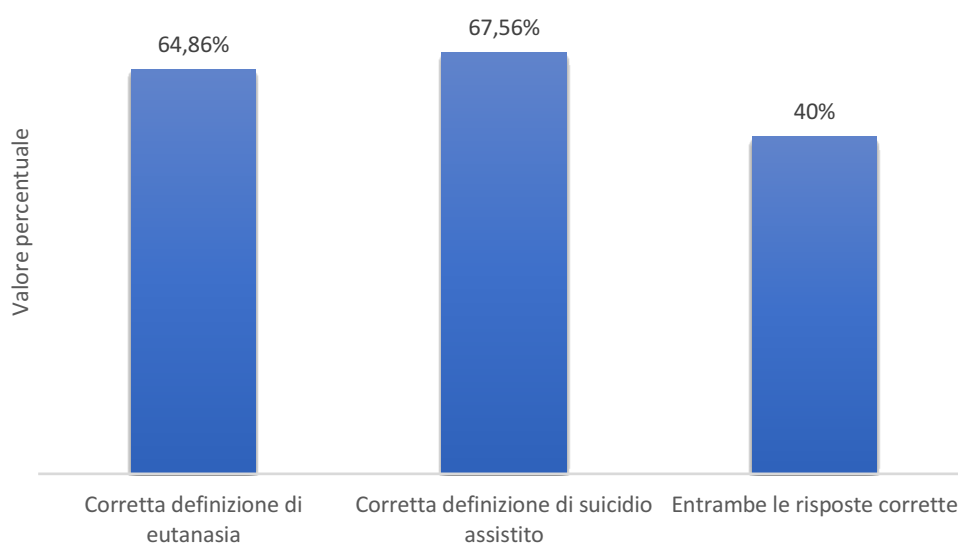


Grafico 3. Istogramma che evidenzia la conoscenza delle definizioni di eutanasia e suicidio assistito, in base alla risposta affermativa alla domanda 1.

4.3 Domande sull'opinione personale e professionale dei compilatori (domande 4-7, 13 e 14)

Alla domanda 4, che chiedeva chi, tra gli infermieri, avrebbe posto fine alla propria vita in caso di malattia terminale o irreversibile, il 94% (47 su 50) ha risposto affermativamente, solo il 6% (3 su 50) in senso negativo.

Alla domanda 5, che indagava l'applicabilità delle pratiche nel contesto lavorativo degli infermieri, il 76% dei professionisti pensa possa essere introdotto, mentre il 24% (12 infermieri su 50) ha risposto negativamente. È stata chiesto, agli infermieri che avessero risposto negativamente alla precedente domanda, la motivazione tramite la compilazione di una risposta breve, essendo stata pressoché ignorata (2 risposte su 50), senza dare informazioni rilevanti, non è stata inserita nel seguente capitolo.

La totalità degli infermieri (9 su 9; 100%), in servizio presso la Clinica Medica III, pensa che possano essere dei trattamenti applicabili al loro contesto lavorativo; in 16, su un totale di 18 (88,89%), della Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza, ha risposto in modo affermativo; mentre in 10 su 23 (43,48%), della T.I.P.O cardiocirurgica, non pensano sia applicabile nel loro reparto.

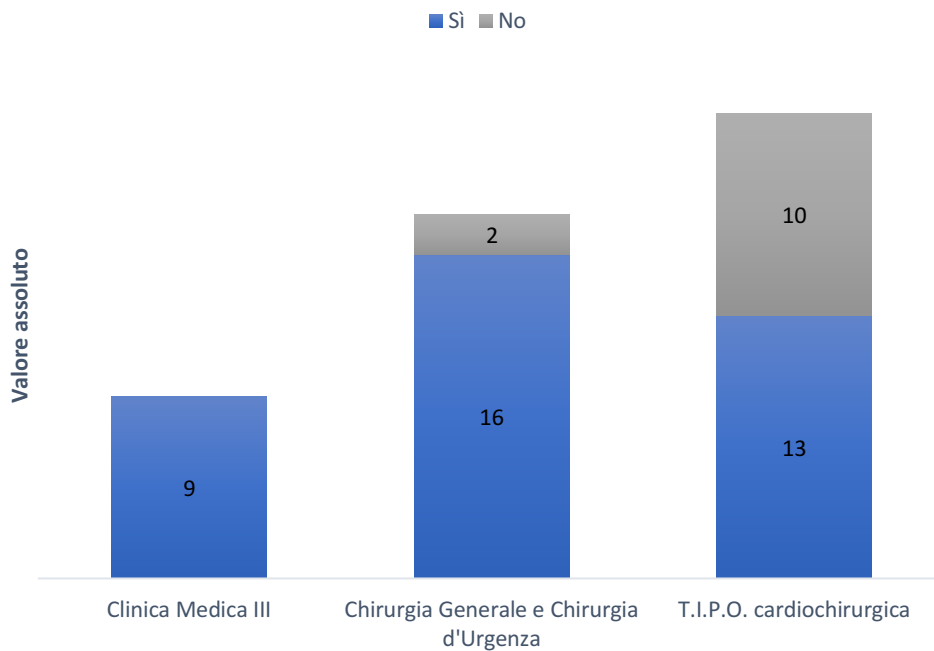


Grafico 4. Istogramma che mette in relazione l'UO e la domanda 5 (applicabilità nel contesto lavorativo dei trattamenti eutanasi e/o aiuto al suicidio).

È stato chiesto se la figura dell'infermiere dovesse prendere parte alle pratiche di eutanasia e suicidio assistito (domanda 6): il 96% (48 infermieri su 50) del campione ha risposto affermativamente, mentre il 4% negativamente (2 infermieri su 50). Inoltre, si è cercato di capire quanti, effettivamente, prenderebbero parte alle procedure; è emerso che l'86% (43 infermieri su 50) vorrebbero avere un ruolo attivo, il 6% (3 su 50) nessun ruolo e l'8% prenderebbe parte, ma con riserva, ovvero solo nell'allestimento del setting e alla preparazione dei farmaci. Tra gli intervistati provenienti dalla Clinica Medica III, il 77,78% (7 su 9) degli infermieri vorrebbe avere un ruolo, mentre il restante 22,22% presenta delle riserve; dalla Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza il 94,44% (17 su 18) ha risposto affermativamente, il restante

gruppo di infermieri si presterebbe con riserva; dalla T.I.P.O. cardiocirurgica l'82,61% (19 su 23) vorrebbe avere un ruolo, il 2% con riserva, mentre il 13,04% (3 su 23) non vorrebbero prenderne parte.

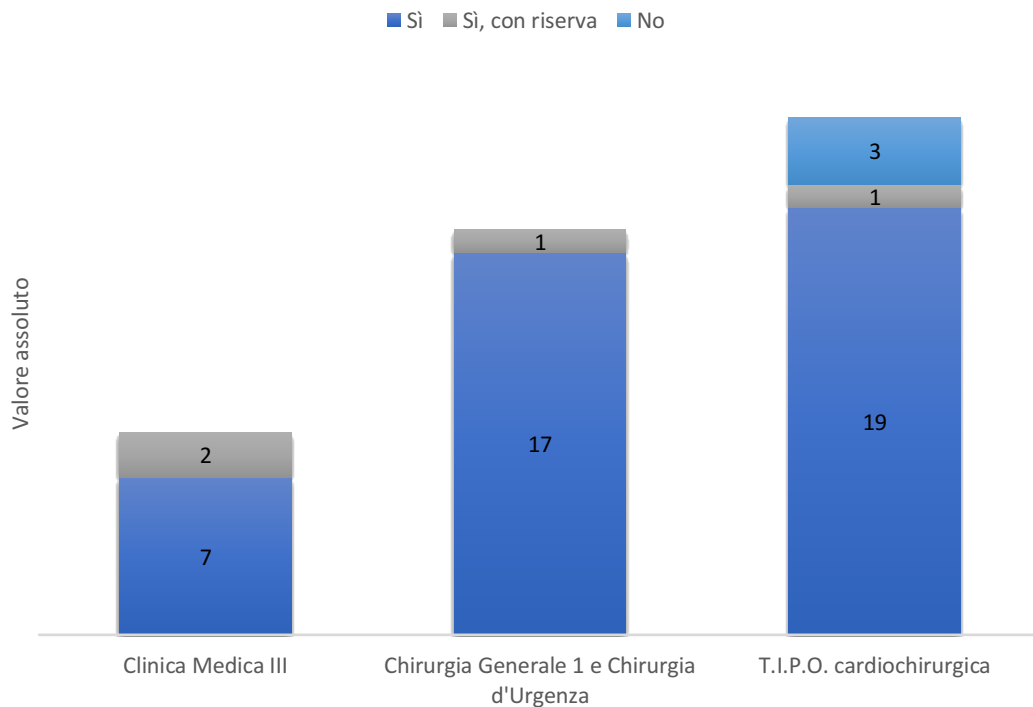


Grafico 5. Istogramma che mette in relazione l'UO con la disponibilità degli infermieri a prendere parte alle pratiche di eutanasia e/o suicidio assistito.

Alla domanda 13 è stato chiesto agli infermieri, in base alla loro esperienza professionale, se l'accesso ai trattamenti eutanasi o di aiuto al suicidio potrebbe essere garantito anche ai pazienti affetti da malattia mentale. Il 34% dei compilatori (17 su 50) crede che dovrebbero essere equiparati agli altri pazienti che rispettino i criteri per l'accesso, definiti da un eventuale normativa; il 12% (6 infermieri su 50) crede che non dovrebbero accedervi; mentre il 54% (27 su 50) ritiene più opportuno che la valutazione del paziente psichiatrico, che faccia una richiesta di trattamento di questo tipo, debba essere a carico di comitati specifici.

Infine, alla domanda 14 "Pensi che le cure palliative o la "sedazione palliativa" siano sufficienti nel caso in cui l'utente sia affetto da patologia terminale o irreversibile e

volesse porre fine alla sua vita?”, il 68% degli infermieri (34 su 50) ha risposto negativamente, mentre il restante 32% (16 su 50) pensa sia la scelta migliore.

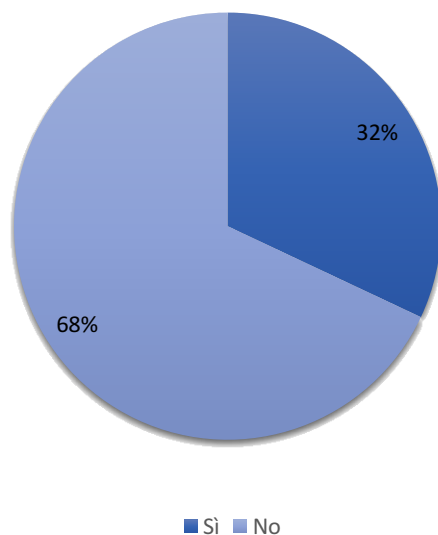


Grafico 8. Risposte alla domanda 14: “Pensi che le cure palliative o la “sedazione palliativa” siano sufficienti nel caso in cui l’utente sia affetto da patologia terminale o irreversibile e volesse porre fine alla sua vita?”

4.4 Domande di natura conoscitiva riguardo il Codice deontologico della professione infermieristica (domande 8-10)

Con le domande 8 e 9 è stata sondata la conoscenza del Codice deontologico dell’infermiere da parte dei professionisti. Innanzitutto, alla domanda “Esistono riferimenti a tali pratiche nel codice deontologico dell’infermiere?” (n. 8) è emerso che il 50% (25 persone su 50) ha dichiarato di non sapere se ci fossero riferimenti e un altro 20% (10 su 50) ha risposto che esistono riferimenti e relative sanzioni; solo il 30% ha risposto correttamente identificando l’assenza di un articolo che regoli direttamente i due trattamenti in esame. Alla domanda successiva, “Qual è l’articolo del codice deontologico dell’infermiere che sanziona il professionista che attua tali pratiche?”, il 76% (38 su 50) del campione ha dimostrato di non conoscere il proprio Codice deontologico, o almeno la sua ultima versione, ovvero 23 persone (il 46%) ha risposto con “non ci sono riferimenti, ma potrebbero essere sanzionate dall’art. 5, questioni etiche” e 15 infermieri (30%) con “Art. 38, l’infermiere non attua e non

partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito"; il 24 %, invece, ha risposto correttamente con "potrebbero essere legittimate dall'art. 6, libertà di coscienza". Comparando le due domande, 8 e 9, è emerso: dei 25 infermieri che pensavano di conoscere il Codice, il 76% (19 su 25) ignorava il vero articolo di riferimento e solo il 24% (6 su 25) ha risposto correttamente ad entrambe le domande. Quindi, si arriva all'88% (44 su 50) di incertezza/ignoranza del Codice. Alla domanda se, il Codice debba essere implementato con un articolo specifico, il 96% degli infermieri (48 su 50) ha risposto affermativamente.

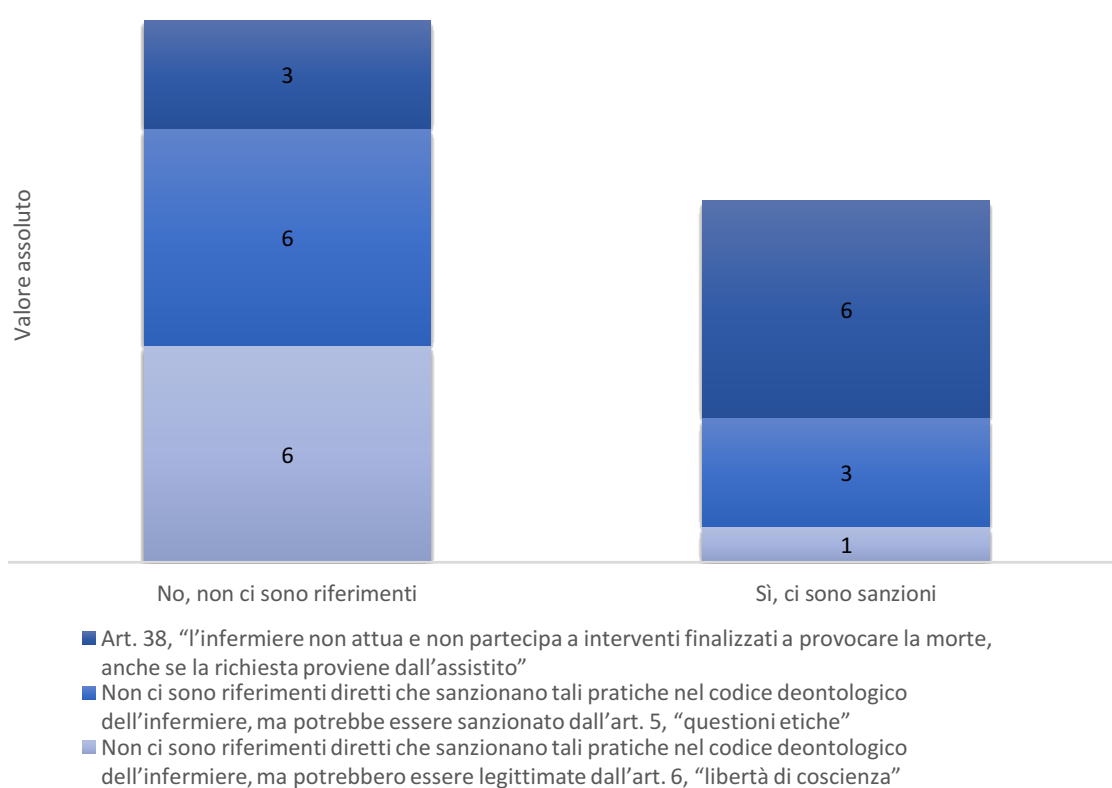


Grafico 6. Istogramma che rappresenta la correlazione tra la domanda 8 e 9, in base alle risposte dei professionisti: in evidenza chi pensava di conoscere il Codice deontologico e le risposte alla successiva domanda sull'identificazione dell'articolo dedicato. La risposta corretta è: "Non ci sono riferimenti diretti che sanzionano tali pratiche, ma potrebbero essere legittimate dall'art. 6, libertà di coscienza".

4.5 Domande circa l'esperienza professionale degli infermieri del campione (domande 11 e 12)

Alla domanda 11 è stato chiesto agli infermieri di indicare se durante l'attività lavorativa, avessero mai ricevuto delle richieste di aiuto a morire da parte dei pazienti e come avrebbero voluto comportarsi. Il 24% (12 su 50) ha risposto negativamente, in quanto non si sono mai fronteggiati con richieste del genere, senza esprimere cosa avrebbero fatto in quel caso; il 22% (11 su 50) non si sono mai trovati nella suddetta circostanza, ma se capitasse vorrebbero poter intervenire; il 54% (27 su 50) ha ricevuto richieste di aiuto a morire dai pazienti e avrebbe voluto assecondare la loro richiesta; nessuno ha contrassegnato la risposta "Sì, mi è capitato, ma non avrei voluto avere un ruolo".

Alla domanda 12 è stato chiesto agli infermieri, quali siano, secondo la loro esperienza professionale, i criteri per l'accesso ad un trattamento eutanasico o di aiuto al suicidio; il criterio che maggiormente è stato identificato è la capacità di intendere e di volere (64%); per solo 6 infermieri il paziente psichiatrico sarebbe candidabile a tali trattamenti e per il 56% dei compilatori (28 persone su 50) il requisito della maggiore età non è indispensabile.

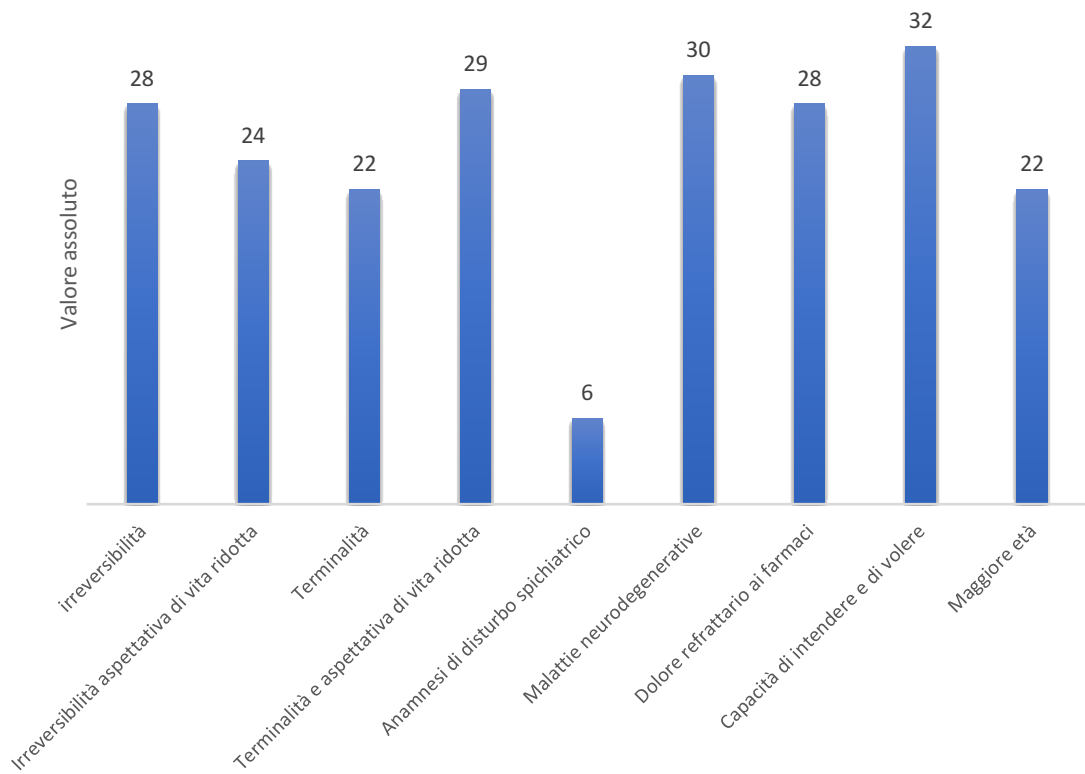


Grafico 7. Criteri, per l'accesso ai trattamenti eutanasici o di aiuto al suicidio, identificati dagli infermieri secondo la loro esperienza professionale; ogni compilatore aveva più possibilità di risposta.

5. *DISCUSSIONE E CONCLUSIONI*

5.1 *Riepilogo e sintesi dei risultati*

Come già definito nei capitoli precedenti gli obiettivi dello studio, oggetto di questo progetto di tesi, erano: conoscere l'inclinazione del personale infermieristico, delle tre unità operative dell'Azienda Ospedale Università di Padova, sul tema del suicidio assistito ed eutanasia, valutando anche l'ipotetica disponibilità a prendere parte attiva ai trattamenti di aiuto a morire; nonché sondare la conoscenza che gli infermieri hanno dell'argomento trattato e del Codice deontologico della loro professione.

I risultati ottenuti dalla compilazione del questionario possono essere sintetizzati come segue:

- *Dati generali.* L'età media del campione è di 35 anni; il 76% dei compilatori è di sesso femminile e il 24% maschile; il 78% proviene da regioni settentrionali, il 18% meridionali e il 4% da altri stati. Riguardo il reparto di appartenenza degli infermieri del campione, il 46% lavora in T.I.P.O. cardiocirurgica, il 36% in Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza e il 18% in Clinica Medica III; l'82% dei professionisti ha conseguito la laurea Triennale in Infermieristica, l'8% la laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche e il 10% il diploma regionale.
- *Domande di natura conoscitiva del tema trattato.* Del campione osservato, 50 infermieri, 37 professionisti pensavano di conoscere la differenza tra i concetti di "eutanasia" e "suicidio assistito", di essi il 64,87% (24 su 37) ha risposto correttamente alla definizione di "eutanasia", il 67,56% (25 su 37) invece ha riconosciuto la definizione di "suicidio assistito" e solo il 40% ha risposto in modo corretto ad entrambe le domande.
- *Domande sull'opinione personale e professionale dei compilatori.* Il 94% dei professionisti, se ne avesse la possibilità, porrebbe fine alla propria vita nel caso in cui fosse affetto da una patologia terminale o irreversibile; per quanto riguarda l'introduzione nel contesto lavorativo dei trattamenti in esame, il 76% degli infermieri pensa possa entrare a far parte della pratica del loro reparto (il 100% dalla Clinica Medica III hanno risposto affermativamente, l'88,89% dalla Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza e il 56,52% dalla T.I.P.O.

cardiochirurgica). Nel caso le pratiche di aiuto a morire diventassero legali, il 96% vorrebbe prenderne parte; l'86% del campione con un ruolo attivo e l'8% solo per alcune procedure, mentre il 6% non vorrebbe avere un ruolo. In base al reparto dei compilatori: il 77,78% ha risposto affermativamente dalla Clinica Medica III, e il 22,22% con riserva; dalla Chirurgia Generale 1 e Chirurgia d'Urgenza, il 94,44% vorrebbe avere un ruolo e la restante percentuale con riserva; dalla T.I.P.O. cardiochirurgica il 2% con riserva, il 13,04% non vorrebbe prenderne parte e la restante percentuale invece ha risposto affermativamente.

Per i professionisti l'accesso al paziente psichiatrico, a queste pratiche, sarebbe consentito per 17 infermieri su 50, per 6 invece no, per i restanti dovrebbe essere istituito un comitato specifico.

Più della metà del campione (68%), riguardo la sedazione palliativa, pensa che non sia sufficiente per chi vorrebbe intraprendere un percorso di aiuto a morire.

- *Domande di natura conoscitiva riguardo il Codice deontologico della professione infermieristica.* Il 50% del campione pensava di conoscere il Codice, di questi 25 infermieri, solo il 24% ha riconosciuto l'articolo di riferimento; arrivando all'88% di incertezza o ignoranza del Codice deontologico. In ogni caso, per il 96% dei professionisti dovrebbe essere introdotto un articolo specifico per il tema trattato.
- *Domande circa l'esperienza professionale degli infermieri del campione.* Il 54% dei professionisti ha ricevuto delle richieste di aiuto a morire dai pazienti in carico e avrebbe voluto poter far qualcosa in merito.

Tra i criteri per l'accesso alle pratiche, gli infermieri hanno identificato maggiormente la capacità d'intendere e di volere (64%), mentre per il 56% la maggiore età non dovrebbe essere una discriminante per l'accesso o meno.

5.2 Discussione dei risultati

Dai risultati appare chiaro come gli infermieri si siano resi conto che le esigenze dei pazienti sono cambiate nel corso degli anni. Questo è sintomo anche del progredire dei trattamenti e delle tecnologie che stanno aumentando l'aspettativa di vita del singolo. Alcuni casi, che fino a non molti anni fa, sarebbero stati considerati senza speranze, ad oggi vengono mantenuti in vita sia strumentalmente che farmacologicamente,

diminuendo però, la qualità della vita. Questo è il probabile motivo per il quale negli ultimi anni la richiesta di pratiche di aiuto a morire è aumentata.

Inoltre, l'infermiere, essendo il rapporto infermiere-paziente molto stretto, per il ruolo che riveste e per il tempo che passa con esso durante la degenza, è spesso anche il primo che potrebbe ricevere la richiesta da parte della persona malata.

Infatti, nel campione osservato, a poco più della metà degli infermieri, gli assistiti hanno chiesto di aiutarli a porre fine alla loro vita, esistenza che molto probabilmente, non ritengono più gli appartenga.

L'aspetto interessante, che si collega a questo, è che il personale infermieristico non si presenta indifferente circa questa particolare situazione, ma al contrario la maggior parte del campione osservato (il 76%) vorrebbe avere le facoltà, di aiutare il paziente, in collaborazione con il medico, non solo sul piano teorico, ma anche concretamente. La quasi totalità dei professionisti, che ha compilato il questionario (96%), prenderebbe parte ai trattamenti eutanasi e di suicidio assistito; l'86%, inoltre, vorrebbe avere un ruolo attivo, per potersi prendere cura del proprio assistito anche nell'ultima parte della sua vita, potendo dare un supporto di natura conoscitiva, ma anche, puramente personale, ai famigliari e cari della persona malata.

Con questi dati, uno dei quesiti di ricerca, che il seguente studio si era prefissato, ha ricevuto risposta, sottolineando ancora una volta la vicinanza che l'infermiere ha con il paziente in tutte le fasi della vita e il rispetto per le sue scelte.

Purtroppo, la conoscenza che gli infermieri hanno dell'argomento risulta essere inadeguata; è emerso, infatti, come meno della metà dei compilatori conosca la differenza tra "eutanasia" e "suicidio assistito". In molti pensavano di avere un'idea chiara del tema, che però, alla richiesta di fornire una definizione, non ha dato i risultati attesi. I dubbi che ne sono scaturiti e gli errori che si sono riscontrati portano alla necessità, qualora una legge sul tema venga approvata, di creare dei corsi di formazione non puramente tecnici, ma anche conoscitivi.

Dall'analisi delle risposte del questionario si evidenzia, oltre che una scarsa conoscenza del tema in esame, anche del nuovo Codice deontologico da parte degli infermieri; infatti, dalle risposte ottenute, in molti non erano a conoscenza, non solo della presenza o meno di sanzioni per chi avesse praticato tali trattamenti, ma anche

della revisione che il Codice ha subito nel 2019 dalla FNOPI. Infatti, il 30% (15 infermieri su 50) ha riconosciuto, come corretto, un articolo che è stato eliminato dalla nuova versione del Codice più di dieci anni fa, perché non più in linea con il concetto di etica che dovrebbe accompagnare il professionista.

I compilatori hanno evidenziato la necessità, qualora entrasse in vigore la normativa, di un articolo specifico che dia delle linee di comportamento in merito al tema trattato. Questo per evitare sanzioni di natura deontologica o creare perplessità all'interno della comunità infermieristica nel caso in cui i compiti e le responsabilità del professionista dovessero subire delle modifiche, legate all'introduzione di nuove leggi o protocolli. Essendo, inoltre, il campione composto principalmente da persone di giovane età (in media 35 anni), che quindi ha concluso il proprio percorso universitario da poco più di dieci anni, risulta doveroso fare delle considerazioni in merito alla formazione ed importanza che viene assegnata alla conoscenza del Codice e dell'aggiornamento da parte degli infermieri dello stesso all'interno del percorso di studi; infatti, non sono emerse distinzioni, all'interno del campione, in relazione al titolo di studio conseguito. Dovrebbe essere, quindi, implementata la conoscenza del Codice deontologico all'interno di ogni Corso di Laurea a qualsiasi livello, dovrebbero essere istituiti corsi di aggiornamento periodici, magari dalla OPI (Ordine delle Professioni Infermieristiche) a cui i professionisti sono iscritti, o dalla FNOPI stessa, in modo tale da sanare le lacune che si sono evidenziate.

5.3 Limiti dello studio

A questo punto, è necessario fare delle considerazioni sui limiti che il seguente studio presenta.

Innanzitutto, anche se un campione di 50 infermieri è sufficiente ai fini della stesura del seguente progetto di tesi, non permette una generalizzazione del fenomeno, ovvero una visione completa, veritiera e rappresentativa della categoria professionale circa il tema trattato. Inoltre, la scarsa adesione alla compilazione (38,46% del campione potenziale) pone il dubbio che solo chi abbia già un'idea definita dell'argomento o una visione di apertura al concetto di aiuto a morire abbia risposto al questionario. Se così fosse, i risultati derivati dall'analisi delle risposte sarebbero carenti della parte di

popolazione che si opporrebbe più tenacemente a pratiche di natura eutanasica e di aiuto al suicidio.

Con la scelta delle tre unità operative, inoltre, che presentano casistiche differenti (medicina interna, chirurgia generale e rianimazione postoperatoria), si voleva creare un campione il più uniforme possibile; purtroppo presentano anch'esse un limite allo studio. La generalizzazione dei risultati, derivati dagli infermieri di queste tre UO, non è possibile, in quanto la visione del problema in esame potrebbe subire dei cambiamenti al cambiare della casistica affrontata, ovvero, in reparti in cui il fine vita è un concetto ampiamente trattato e vissuto dagli operatori sanitari, l'opinione potrebbe essere molto diversa. Ad esempio, in una terapia intensiva neurochirurgica, in cui si possono trovare alcuni pazienti in stato vegetativo o in fase di accertamento di morte per criteri neurologici, in attesa di donare gli organi, oppure in un hospice.

Inoltre, l'appartenenza delle tre UO alla stessa azienda ospedaliera (Azienda Ospedale Università di Padova) costituisce anch'essa un limite. Innanzitutto, il fatto che sia popolata, in larga misura, da personale universitario, includendo in senso stretto anche gli studenti delle professioni sanitarie e i medici specializzandi, considerando che "menti giovani", con una visione il più lontana possibile dal problema, per loro natura e esperienza, interagisca con il personale e che esso stesso sia un punto di riferimento per la formazione degli studenti, potrebbe portare ad un approccio differente del tema, rispetto ad un ente ospedaliero che non accoglie tirocinanti e specializzandi.

In secondo luogo, l'organizzazione interna e l'affluenza di un'azienda come quella di una grande città, si discosta da un ospedale periferico che presenta meno accessi o casi di moderata gravità; per non parlare di cliniche, RSA (residenze sanitarie di assistenza) o la rete dell'assistenza domiciliare (SIAD), che di certo avrebbero un punto di vista differente nei confronti di tale problematica.

Ampliando lo studio agli infermieri di altri enti ospedalieri, altre unità operative e altri servizi che interagiscono ed assistono, nel quotidiano, pazienti terminali, consentirebbe una migliore generalizzazione dei dati raccolti.

Infine, un altro limite da sottolineare è l'assenza in letteratura di uno strumento di valutazione, che avrebbe consentito la raccolta dei dati necessari per rispondere ai quesiti di ricerca, costringendo quindi all'utilizzo di un questionario autoprodotta. La scarsa letteratura riguardo al tema, soprattutto sul panorama italiano, che era

completamente assente, non ha permesso di fare delle considerazioni con altri studi simili a quello oggetto del presente progetto di tesi.

5.4 Conclusioni

Per arrivare ad una conclusione e prendere in considerazione quali siano le implicazioni per la pratica assistenziale, si deve ricordare come l'infermiere sia una figura che assiste la persona in tutte le fasi della sua vita, dalla sua nascita alla sua morte; lo studio ha preso in considerazione solo quest'ultimo frammento di esistenza di un individuo, ed ha evidenziato come il campione di infermieri abbia riscontrato la volontà nei pazienti di preservare la propria dignità fino all'ultimo secondo della loro vita e di come loro stessi, come professionisti, vorrebbero avere un ruolo attivo.

Inoltre, si deve ricordare che molte proposte sono state avanzate negli anni per cercare di rendere legali i trattamenti di aiuto a morire anche in Italia e che è già stato presentato al Senato un testo unico sul tema, che è in attesa di approvazione; quindi, se il parere fosse favorevole, ci si troverebbe davanti a dei cambiamenti epocali nella pratica assistenziale e, conseguentemente, al delinearsi di nuovi compiti per i professionisti.

Questo studio si era prefissato dei quesiti di ricerca a cui l'analisi dei dati ha saputo dare risposta, ovvero: quale fosse l'opinione e conoscenza degli infermieri circa "eutanasia" e "suicidio assistito"; se i professionisti si sarebbero prestati ad avere un ruolo attivo, nel caso si presentasse l'occasione; la conoscenza del Codice deontologico della professione infermieristica e una sua eventuale revisione.

Risulta doveroso ricordare, che dallo studio emerge, però, una scarsa conoscenza del tema, rendendo necessaria una formazione specifica, nonché una revisione del Codice deontologico, qualora la legge venga approvata, e un periodico aggiornamento professionale degli infermieri su tematiche di tale rilevanza.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

¹<https://www.istitutobioetica.it/documenti-di-riferimento/documenti-di-riferimento/187-documenti/603-1-eutanasia-e-il-suicidio-assistito>

² Comitato Nazionale per la Bioetica; 29 gennaio 2016; “sedazione palliativa profonda continua nell’imminenza della morte”

³ Ordinanza 207/2018, Corte costituzionale

⁴ Art. 580 c.p., “istigazione e aiuto al suicidio”

⁵ Carta dei diritti fondamentali dell’Unione Europea, 7/12/2000

⁶ Legge n. 219/2017, Gazzetta Ufficiale, “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”

⁷ Sentenza 242/2019, Corte costituzionale

⁸ Proposta di legge di iniziativa popolare, 13/09/2013, Camera dei deputati, n. 2, “Rifiuto di trattamenti sanitari e liceità dell’eutanasia”

⁹ Proposta Zan, 05/12/2018, Camera dei deputati, n. 1418, "Disposizioni in materia di rifiuto di trattamenti sanitari e di eutanasia"

¹⁰ Proposta Cecconi, 11/02/2019, Camera dei deputati, n. 1586, “Modifiche della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti sanitari e di eutanasia”

¹¹ Proposta Rostan, 07/03/2019, Camera dei deputati, n. 1655, “Introduzione degli articoli 4-bis e 4-ter della legge 22 dicembre 2017, n. 219, in materia di trattamenti di eutanasia”

¹² Proposta Sarli, 30/05/2019, Camera dei deputati, n. 1875, “Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasiaco”

¹³ Proposta Pagano, 05/06/2019, Camera dei deputati, n. 1888, "Modifiche all'articolo 580 del Codice penale, in materia di aiuto al suicidio, e alla legge 22 dicembre 2017, n. 219, riguardanti le disposizioni anticipate di trattamento e la prestazione delle cure palliative"

¹⁴ Proposta Sportiello, 29/03/2021, Camera dei deputati, n. 2982, “Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasico”

¹⁵ Proposta Trizzino, 10/05/2021, Camera dei deputati, n. 3101, "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita"

¹⁶ Camera dei deputati, Parere della I commissione permanente, testo unificato delle commissioni, n. 2-1418-1586-1655-1875-1888-2982-3101-A, “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”

¹⁷ DDL S. 2553, Senato della Repubblica, 23/10/2022, “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”

¹⁸ Art. 2, Costituzione, Principi fondamentali

¹⁹ Art. 13, Costituzione, Titolo I-Rapporti civili

²⁰ Art. 32, Costituzione, Titolo II-Rapporti etico-sociali

²¹ Codice deontologico dell’infermiere, FNOPI 2019

²² <https://it.wikipedia.org/wiki/Eutanasia#Europa>

²³ https://wetten.overheid.nl/BWBR0001854/2017-03-01/#BoekTweede_TiteldeelXIX_Artikel293

²⁴ https://wetten.overheid.nl/BWBR0012410/2021-10-01/#HoofdstukII_Artikel2

²⁵ <https://apmonline.org/wp-content/uploads/2019/01/belgium-act-on-euthanasia.pdf>

Shanthi Van Zeebroeck, Kill First, Ask Questions Later: The Rule of Law and the Belgian Euthanasia Act of 2002, *Statute Law Review*, Volume 39, Issue 3, October 2018, Pages 244–257.

<https://www.coe.int/it/web/portal/belgianchairmanship-federalstate>

²⁶ <https://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2009/03/16/n2/jo>

²⁷ <https://parl.ca/DocumentViewer/en/43-2/bill/C-7/royal-assent>

https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/LegislativeSummaries/432C7E

Pesut, B., Greig, M., Thorne, S., Storch, J., Burgess, M., Tishelman, C., Chambaere, K., & Janke, R. (2020). Nursing and euthanasia: A narrative review of the nursing ethics literature. *Nursing ethics*, 27(1), 152–167.

²⁸https://www.cortecostituzionale.it/documenti/segnalazioni_corrente/Segnalazioni_1634123467069.pdf

²⁹<https://www.parliament.wa.gov.au/parliament/bills.nsf/BillProgressPopup?openForm&ParentUNID=502E87F2E1B94E27482584A3003A757C>

[https://www.parliament.wa.gov.au/parliament/bills.nsf/502E87F2E1B94E27482584A3003A757C/\\$File/Bill139-2.pdf](https://www.parliament.wa.gov.au/parliament/bills.nsf/502E87F2E1B94E27482584A3003A757C/$File/Bill139-2.pdf)

³⁰ [https://readitaliano.com/wiki/it/Oregon_Ballot_Measure_16_\(1994\)](https://readitaliano.com/wiki/it/Oregon_Ballot_Measure_16_(1994))

³¹ https://readitaliano.com/wiki/it/Washington_Death_with_Dignity_Act

State of Oregon: the Oregon Death with Dignity Act [ballot measure 16]. (1994). *Trends in health care, law & ethics*, 9(4), 29–32.

³² Rich B. A. (2011). Baxter v. Montana: what the Montana Supreme Court said about dying, dignity, and palliative options of last resort. *Palliative & supportive care*, 9(3), 233–237.

³³ Landry, K. K., Ely, J., & Thomas, A. A. (2020). Experience and Attitudes Regarding Medical Aid in Dying, Act 39, among Vermont Specialty Practices. *Journal of palliative medicine*, 23(3), 375–378.

³⁴https://leginfo.legislature.ca.gov/faces/codes_displayText.xhtml?lawCode=HSC&division=1.&title=&part=1.85.&chapter=&article=

³⁵<https://leg.colorado.gov/bills/hb16-1054#:~:text=The%20bill%20enacts%20the%20'Colorado,to%20hasten%20the%20individual's%20death.>

³⁶https://dchealth.dc.gov/sites/default/files/dc/sites/doh/page_content/attachments/Death%20With%20Dignity%20Act.FINAL_.pdf

³⁷<https://www.legislation.vic.gov.au/in-force/acts/voluntary-assisted-dying-act-2017/005#rpl-main-content>

³⁸ <https://health.hawaii.gov/opppd/files/2018/11/OCOC-Act2.pdf>

³⁹ <https://www.mainelegislature.org/legis/bills/getPDF.asp?paper=HP0948&item=3&snum=129>

⁴⁰ https://www.nj.gov/health/advancedirective/documents/maid/2019_M Aid_DataSummary.pdf

⁴¹ <https://www.droit-bilingue.ch/rs/lex/1937/00/19370083-a115-it-de.html>

⁴² Scheur, G. V. B. de, Arend, A. J. V. D., Abu-Saad, H. H., Wijmen, F. C. V., Spreeuwenberg, C., & Meulen, R. H. T. (2007). Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: The role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17(12), 1618–1626.

ALLEGATI

ALLEGATO 1

Caro Collega,

da anni in Italia esistono associazioni che tentano di legalizzare nel nostro paese, sulla stregua di altri paesi europei, il suicidio assistito e/o l'eutanasia, tramite petizioni, reclutamento sui social-network e raccolte firme, con l'intento di aiutare, per quanto possibile, chi decide di intraprendere un percorso di questo tipo.

A livello istituzionale, nei decenni precedenti, sono state avanzate alcune proposte di legge, ma ad una ad una accantonate.

Il 16 giugno 2022 alle ore 11:05, sul suolo italiano, è avvenuto il primo caso di suicidio assistito; dopo due anni di trattative dalla prima richiesta; il quarantaquattrenne F. Carboni è riuscito a porre fine alla sua sofferenza, entrando nella storia della legislazione e sanità italiana.

Resta da capire quali saranno i risvolti dettati da questi avvenimenti e come la figura dell'infermiere sarà coinvolta; ma soprattutto qual è l'opinione della figura professionale che è più a stretto contatto con il paziente; per questo abbiamo creato un breve questionario che ci può aiutare a capire l'inclinazione dei professionisti riguardo il tema.

Pertanto, ti chiediamo di partecipare alla nostra indagine, compilando il suddetto questionario al link allegato alla mail che conteneva questo file entro il 31 agosto 2022.

I risultati permetteranno di ultimare un elaborato di tesi di Laurea di una Studentessa del Corso di Laurea in Infermieristica della Sede di Padova.

Ringraziandoti in anticipo della tua preziosa collaborazione, cordiali saluti.

Alessia Antonello

ALLEGATO 2

INTRODUZIONE

Con il seguente questionario, che verrà compilato in forma anonima, vogliamo capire le inclinazioni etico-deontologiche della popolazione infermieristica in merito al tema del suicidio assistito e dell'eutanasia, che sono sempre più oggetto di discussione all'interno della comunità professionale e non solo, e che potrebbero portare a delle modificazioni di competenze e compiti per l'infermiere. Per la compilazione saranno necessari 5-10 minuti.

Nei casi ipotetici proposti ci riferiamo unicamente a persone maggiorenti.

L'anonimato e la riservatezza sono garantiti ai sensi dell'articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, "Codice in materia di protezione dei dati personali".

INFORMAZIONI GENERALI

- Data di nascita
- Regione d'origine
- Sesso
- Reparto d'appartenenza
- Titolo di studio conseguito

DOMANDE DEL QUESTIONARIO

1. Pensi di conoscere la differenza tra eutanasia e suicidio assistito?
 - Sì, penso di conoscere la differenza
 - No, non penso di conoscere la differenza

2. Tra le opzioni proposte, identifica la definizione di *eutanasia*:
 - È un sinonimo di *suicidio assistito*, ovvero procurare la morte della persona che lo richiede
 - Assunzione autonoma da parte della persona del farmaco letale, fornito dal sanitario

- Atto di procurare intenzionalmente e nell'interesse dell'assistito la sua morte, dopo esplicita richiesta
- Intenzionale riduzione della coscienza del paziente fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici

3. Tra le opzioni proposte, identifica la definizione di *suicidio assistito*:

- È un sinonimo di *eutanasia*, ovvero procurare la morte della persona che lo richiede
- Assunzione autonoma da parte della persona del farmaco letale, fornito dal sanitario
- Atto di procurare intenzionalmente e nell'interesse dell'assistito la sua morte, dopo esplicita richiesta
- Intenzionale riduzione della coscienza del paziente fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici

4. Vorresti poter decidere di porre fine alla tua vita nel caso in cui fossi affetto da una malattia terminale o irreversibile?

- Sì, vorrei avere la possibilità di scelta
- No, non sceglierei mai di porre fine alla mia vita, penso sia immorale

5. Pensi che la pratica del suicidio assistito e/o l'eutanasia siano applicabili nel contesto in cui lavori, se ci fossero norme che lo/la regolamentano?

- No, penso non si applicabile
- Sì, penso sia applicabile

Se no, perché?

6. Secondo te, l'infermiere, quale figura responsabile dell'assistenza della persona, dovrebbe avere un ruolo attivo nell'esecuzione della procedura (es. preparazione e/o somministrazione del farmaco), oppure è solo un aspetto che riguarda il medico?

- Secondo me, l'infermiere dovrebbe essere tra le figure che prendono parte alla pratica
- Secondo me, l'infermiere non dovrebbe essere tra le figure che prendono parte dalla pratica

7. Nel caso in cui ci fosse una normativa che regoli suicidio assistito e/o eutanasia, e tra le figure dell'equipe ci fosse l'infermiere, saresti disposto a prenderne parte?

- Sì, penso faccia parte della presa in carico e dell'assistenza dell'utente
- No, penso sia una pratica immorale, non vi prenderei parte
- Sì, ma solo fino ad un certo punto (es. solo la preparazione del farmaco o del setting)

8. Esistono riferimenti a tali pratiche nel codice deontologico dell'infermiere?

- Nel codice deontologico non ci sono riferimenti a questo tipo di pratiche
- Nel codice deontologico ci sono sanzioni per l'infermiere nell'attuazione di queste pratiche
- Non so

9. Qual è l'articolo del codice deontologico dell'infermiere che sanziona il professionista che attua tali pratiche?

- Art. 38, "l'infermiere non attua e non partecipa a interventi finalizzati a provocare la morte, anche se la richiesta proviene dall'assistito"
- Non ci sono riferimenti diretti che sanzionano tali pratiche nel codice deontologico dell'infermiere, ma potrebbe essere sanzionato dall'art. 5, "questioni etiche"
- Non ci sono riferimenti diretti che sanzionano tali pratiche nel codice deontologico dell'infermiere, ma potrebbero essere legittimate dall'art. 6, "libertà di coscienza"

10. Secondo te, il codice deontologico dell'infermiere dovrebbe essere implementato, con articoli specifici, nel caso in cui ci fosse una norma circa suicidio assistito e/o eutanasia?

- Sì, secondo me dovrebbe esserci un articolo specifico
- No, secondo me il codice è esaustivo così com'è

11. Ti è mai capitato di assistere una persona che chiedesse esplicitamente di porre fine alla sua vita?

- Sì, mi è capitato e avrei voluto poter fare qualcosa in merito
- No, non mi è mai capitato, ma se capitasse vorrei poter fare qualcosa in merito
- Sì, mi è capitato ma non avrei voluto avere un ruolo
- No, non mi è mai capitato

12. Quali pensi debbano essere, in base alla tua esperienza professionale, i criteri di inclusione per gli utenti che vogliono intraprendere un percorso di questo tipo? (scegli una o più opzioni)

- Persona affetta da patologia irreversibile
- Persona affetta da patologia irreversibile con aspettativa di vita ridotta (meno di tre mesi)
- Persona affetta da patologia terminale
- Persona affetta da patologia terminale con aspettativa di vita ridotta (meno di tre mesi)
- Persona affetta da patologia terminale con disturbo psichiatrico in anamnesi
- Persona affetta da patologia debilitante con qualità di vita ridotta (es. persona allettata per patologia degenerativa o genetica)
- Persona che soffre di dolore fisico insostenibile, refrattario ai farmaci normalmente utilizzati
- Persona capace di intendere e di volere
- Persona maggiorenne

13. Pensi che la pratica del suicidio assistito e/o l'eutanasia sia applicabile nel caso l'utente sia affetto da patologia psichiatrica?

- Sì, penso che se ritenuti capaci di intendere e di volere, ne abbiano il diritto
- No, penso che non sia applicabile
- In parte, si dovrebbe indagare a fondo la motivazione di base, più di qualsiasi altro utente e ci dovrebbe essere un comitato specifico

14. Pensi che le cure palliative o la "sedazione palliativa*" siano sufficienti nel caso in cui l'utente sia affetto da patologia terminale o irreversibile e volesse porre fine alla sua vita?

- Sì, penso sia la scelta migliore
- No, penso non sia sufficiente

*Sedazione palliativa: intenzionale riduzione della coscienza del paziente fino al suo possibile annullamento, al fine di alleviare i sintomi refrattari fisici e/o psichici.

[definizione secondo il Comitato Nazionale per la Bioetica]