

1222 · 2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

IL SUICIDIO ASSISTITO IN ITALIA E IL RUOLO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Relatrice: Prof.ssa Boldrin Pamela

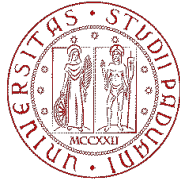
Laureanda: Rizzo Aurora
Matricola n° 1229669

Anno Accademico: 2021/2022

“Purché la luce della ragione e del rispetto umano possa illuminare i tetri spiriti di coloro che si credono ancora, e per sempre, padroni del nostro destino. Attendevamo da molto tempo che si facesse giorno, eravamo sfiancati dall'attesa, ma ad un tratto il coraggio di un uomo reso muto da una malattia terribile ci ha restituito una nuova forza. Grazie per questo.”

José Saramago

1222·2022
800
ANNI



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA
Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Medicina
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

IL SUICIDIO ASSISTITO IN ITALIA E IL RUOLO DEL PERSONALE INFERMIERISTICO

Relatrice: Prof.ssa Boldrin Pamela

Laureanda: Rizzo Aurora
Matricola n° 1229669

Anno Accademico: 2021/2022

Alla mia famiglia, sotto di me

A Domenico, di fianco a me

Ad Uccio, sopra di me

ABSTRACT

Il suicidio assistito è una procedura che permette al professionista sanitario preposto (in genere medico) di prescrivere un farmaco al paziente che lo richieda con l'intento di provocarne la morte; in Italia è stato illegale fino al 22 novembre 2019, giorno in cui è stato dichiarato anticostituzionale l'articolo del Codice Penale che non escludeva la punibilità di chi lo esercitasse. Il paziente deve risultare idoneo alla verifica dei seguenti requisiti per poter avanzare questa richiesta: deve essere in grado di intendere e di volere, portatore di una patologia irreversibile che causi gravi sofferenze fisiche e psichiche, vivo grazie a dei presidi di sostegno vitale. Poiché in Italia è una procedura del tutto nuova, non è ancora disponibile una chiara organizzazione dei ruoli all'interno dell'équipe sanitaria.

Nello specifico, la presente tesi ha l'obiettivo di analizzare la letteratura di Stati che abbiano legalizzato il suicidio assistito, evidenziando il ruolo del personale infermieristico al fine di delineare un profilo più chiaro che questa categoria può assumere in Italia.

Sono state studiate fonti provenienti da Spagna, Belgio, Olanda, Stati Uniti d'America. La ricerca e il confronto tra realtà molto diverse tra loro hanno permesso non solo di avere un'idea di quale posizione potrà ricoprire il personale infermieristico, ma anche di evidenziare i punti deboli degli altri Stati, in modo che questi possano essere presi in considerazione per migliorare la pratica italiana.

Tra i risultati principali, è emerso che gli infermieri/e si occupano dell'informazione da fornire al paziente (solo qualora sia quest'ultimo a richiedere specificatamente il suicidio assistito) o della delega ad una figura preposta, del supporto psicologico anche per la famiglia, della preparazione del malato, delle cure palliative e di quelle *post mortem*. Non sempre la figura infermieristica partecipa al processo decisionale; quasi mai le è consentito avere alcuna interazione con il farmaco letale; svolge una parte molto importante nel sostegno del paziente in quanto persona ad esso più vicina.

Per poter eseguire questa revisione, sono stati selezionati studi basati sull'esperienza di infermieri/e a contatto con pazienti che abbiano richiesto il suicidio assistito, quindi al di fuori dell'Italia. Ciò ha permesso di avere una visione prospettica del ruolo infermieristico in Italia, ma per avere un quadro completo e verificare che venga garantita un'alta qualità di cure sarà necessario svolgere un'indagine retrospettiva basata sull'esperienza di infermieri ed infermiere italiani/e, una volta regolarizzata la procedura.

INDICE

INTRODUZIONE.....	2
CAPITOLO 1 IL SUICIDIO ASSISTITO	5
1.1 Basi storiche.....	5
1.2 Iter politico.....	8
1.3 Comitato Nazionale per la Bioetica	9
1.4 Procedura	11
CAPITOLO 2 METODOLOGIA DELLA RICERCA	13
2.1 Obiettivo dello studio.....	13
2.2 Quesito di ricerca	13
2.3 Strategie di ricerca	13
2.4 Criteri di selezione del materiale	14
CAPITOLO 3 RISULTATI DELLA RICERCA	15
3.1 Descrizione degli studi selezionati	15
3.2 Sintesi dei risultati	24
3.3 Parere infermieristico.....	32
CAPITOLO 4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI.....	35
4.1 Discussione	35
4.2 Implicazioni per la pratica infermieristica	36
4.3 Limiti dello studio.....	37
4.4 Conclusioni	37
BIBLIOGRAFIA.....	39

INTRODUZIONE

Nel corso dei tre anni di Università che mi accingo a concludere, ho avuto la possibilità di svolgere il tirocinio clinico in diverse realtà. Ognuna di queste realtà è caratterizzata da una diversa casistica, diversi modi di lavorare, priorità, pazienti. Ho avuto modo di partecipare alla cura di persone che attraversavano uno dei momenti peggiori della propria storia e, alcune volte, mi sono ritrovata ad accompagnare queste persone ed i loro cari nel difficile momento del fine vita. Il mio lavoro da laureanda si concentra proprio sul fine vita, o, meglio, su una versione di esso estremamente delicata e per troppo tempo ignorata: il suicidio assistito.

In Italia, gli avvenimenti degli ultimi anni sono stati determinanti per il progresso in ambito legislativo, in particolare il caso DJ Fabo. Il giorno 27 febbraio 2017 moriva Antoniani Fabiano, vittima di un incidente nel 2014 che lo aveva reso tetraplegico e cieco, in seguito a suicidio assistito, pratica per cui si era fatto accompagnare in Svizzera da Marco Cappato, politico e attivista, tesoriere dell'Associazione Luca Coscioni. In seguito all'autodenuncia di Cappato per disobbedienza civile, veniva aperto il processo con l'accusa di istigazione e aiuto al suicidio, conclusosi con l'assoluzione per l'accusa di istigazione al suicidio il 14 febbraio 2018 e la dichiarazione di illegittimità costituzionale dell'articolo 580 del Codice Penale («nella parte in cui non esclude la punibilità di chi [...] agevola l'esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente»^[1]) il 22 novembre 2019.

Dopo DJ Fabo, il caso Carboni, primo suicidio assistito in Italia. Federico Carboni, tetraplegico dal 2010 a causa di un incidente in auto, nel 2020 aveva ottenuto il via libera per il suicidio assistito in Svizzera ma, con il sostegno dell'Associazione Luca Coscioni, dopo due anni di burocrazia e ritardi, il 16 giugno 2022 è diventato il primo uomo a morire tramite suicidio assistito in Italia. Dopo Federico, anche Fabio Ridolfi, tetraplegico a causa della rottura dell'arteria basilare da 18 anni, ha richiesto ed otte-

nuto l'approvazione per il suicidio assistito ma, a causa di ritardi nella scelta del farmaco da parte dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale delle Marche, il 6 giugno 2022, ha scelto la sospensione dei trattamenti e sedazione profonda, incapace di sopportare la sofferenza ormai ingestibile.

Sono state poste così le basi per uno dei più importanti avvenimenti nella storia del Sistema Sanitario Italiano: la concessione della libertà di scelta riguardo la propria vita e la propria morte a persone imprigionate nella sofferenza del corpo e della mente anche per decenni.

Poiché il suicidio assistito in Italia è una procedura nuova, alcuni aspetti sono ancora da chiarire, tra questi il ruolo che ricopre l'infermiere. Egli rappresenta la figura professionale più vicina al paziente e ai suoi cari, sia per l'elevata quantità di tempo che vi trascorre, sia poiché rientra nel suo lavoro il sostegno fisico, morale ed emotivo della persona; è importante quindi che sia presente negli ultimi momenti di vita del paziente che richiede il suicidio assistito. Infatti, impara a conoscere i bisogni dell'assistito ed a riconoscerli quando non espressi, sa come approcciarvisi ed è in possesso degli strumenti per soddisfarli; ma, oltre al lavoro infermieristico "tipico", è importante stabilire il grado di coinvolgimento nella manipolazione del farmaco letale che il paziente andrà ad autosomministrarsi e quali altri compiti rientrino nel ruolo infermieristico. È stata condotta allora una ricerca nella letteratura più aggiornata di alcuni tra gli Stati in cui il suicidio assistito è una realtà consolidata per confrontare tra loro le varie figure infermieristiche e le azioni che svolgono in questo contesto, il loro ruolo nell'equipe multidisciplinare e la rilevanza della loro figura nel processo decisionale. Poiché l'approvazione in Italia è arrivata da pochi mesi, solo una persona è riuscita ad usufruire effettivamente del suicidio assistito ma in un futuro non lontano le richieste aumenteranno ed è necessario, quindi, risolvere da subito i problemi presenti e prevenire quelli potenziali per garantire la più alta qualità di cure.

CAPITOLO 1 IL SUICIDIO ASSISTITO

1.1 BASI STORICHE

Il percorso che ha permesso a Federico Carboni di usufruire del suicidio assistito non è stato breve né facile; tuttavia, il suo sacrificio è stato fondamentale per permettere a se stesso, ed in futuro ad altri, di riprendere in mano la propria vita e scegliere per la propria morte. Nonostante avesse ottenuto il via libera per recarsi in Svizzera ed essere accompagnato nel fine vita, ha deciso di rimanere in Italia e di chiedere che la procedura venisse qui eseguita, assumendosi il peso di una lotta politica nonostante la tetraplegia e le difficoltà burocratiche.

Oltre a quello di Federico Carboni, però, molti altri nomi sono scritti nella storia di questo importante cambiamento e la loro partecipazione è stata fondamentale nel corso degli anni per dimostrare la necessità di approvare il suicidio assistito.

PIERGIORGIO WELBY

Tra questi nomi compare quello di Piergiorgio Welby, affetto da distrofia muscolare che nel 2006 chiese di essere aiutato a morire, aprendo così un acceso dibattito che in poco tempo divenne caso mediatico. Nonostante il sostegno dell'opinione pubblica, del Presidente della Repubblica Giorgio Napolitano (a cui aveva indirizzato una lettera per richiedere un confronto politico), del Ministro della Salute Livia Turco e del Ministro per i Diritti e le Pari opportunità Barbara Pollastrini, Welby continuò a ricevere risposte negative, fino a quando, il 20 dicembre 2006, fu aiutato dal suo anestesista (contro la legge) ottenendo la sedazione profonda e la sospensione del respiratore.

MINA WELBY

Oggi la battaglia di Piergiorgio per l'autodeterminazione della persona è portata avanti dalla moglie Mina Welby (Wilhelmine Schett) co-Presidentessa dell'Associazione Luca Coscioni che, insieme a Marco Cappato, nel 2017 ha accompagnato Davide Trentini in Svizzera, affetto da sclerosi multipla da oltre vent'anni, e si è autodenunciata per disobbedienza civile, ottenendo l'assoluzione nonostante Trentini, a differenza di DJ Fabo, non fosse tenuto in vita da macchine; l'assoluzione è stata un ulteriore passo avanti per l'Italia.

GIOVANNI NUVOLI

Giovanni Nuvoli è stato un altro dei tanti malati terminali a non essere riuscito, non in

tempo, ad ottenere la morte dignitosa che chiedeva. Costretto a letto per anni a causa della SLA, aveva rifiutato le cure palliative che prevedevano la sedazione profonda, chiedendo invece di essere staccato dal respiratore che lo teneva in vita. Trovato un anestesista che aprisse il collegio medico per effettuare il distacco dal respiratore, Giovanni aveva deciso la data in cui morire; tuttavia, una volta informati i Carabinieri di Sassari, il 10 luglio questi si presentavano a casa del malato per impedire che le sue volontà fossero assecondate. In seguito a quanto accaduto, Giovanni iniziava lo sciopero della fame, interrotto poche ore prima che morisse in seguito all'assenso nel fargli utilizzare un sintetizzatore vocale per esprimere il consenso al distacco del respiratore.

ELUANA ENGLARO-BEPPINO ENGLARO

Nel 1992, all'età di ventuno anni, Eluana Englaro rimaneva vittima di un incidente stradale che la portava ad uno stato vegetativo durato diciassette anni. In questo periodo, il padre Beppino ha portato avanti una battaglia contro le istituzioni, la politica e i diversi schieramenti etici per permettere alla figlia di morire con dignità, interrompendo l'alimentazione e l'idratazione che nutrivano il corpo di Eluana, incapace però di comunicare in alcun modo o di pensare (come è stato poi confermato dall'autopsia). In questi diciassette anni, la Corte d'Appello di Milano, la Corte Suprema di Cassazione a Roma, la regione Lombardia, il Senato, la Chiesa, diversi ministri, direttori di giornali hanno rivolto il loro disappunto e rifiutato ogni richiesta di Beppino Englaro per aiutare la figlia a morire, fino al 6 febbraio 2009, quando si avviava il protocollo per la sospensione della nutrizione. Eluana moriva il 9 febbraio 2009 in seguito ad un arresto cardiaco.

MASSIMO FANELLI

Massimo Fanelli aveva 54 anni e una diagnosi di SLA quando iniziava la sua lotta per ottenere una legge sul fine vita. Immobilizzato, incapace di respirare, deglutire e digerire, con un solo occhio sano che gli permetteva di comunicare tramite un computer oculare, si era esposto tramite delle lettere a diverse personalità della politica, della società e della chiesa e soprattutto tramite i social, creando il movimento "*iostococon-Max*", per far vedere quali erano le condizioni in cui era costretto a vivere (o meglio, a sopravvivere, come affermava) un malato terminale per la mancanza di una legge riguardo il testamento biologico e il fine vita.

Con la sua battaglia, Massimo è riuscito a raccogliere l'adesione di un gran numero di

politici. Si formavano così due commissioni riguardanti la Legge sul Fine Vita, una riguardante le DAT e una riguardante l'eutanasia.

Massimo moriva il 20 luglio 2016 in seguito a scadimento delle condizioni generali, troppo presto per usufruire dei risultati del suo instancabile lavoro. La sua battaglia è stata però un punto fondamentale nella questione del fine vita grazie all'enorme numero di persone coinvolte e ai risultati raggiunti anche dopo la sua morte.

WALTER PILUDU

Walter Piludu riceveva la sua diagnosi di sclerosi laterale amiotrofica nel 2011. L'anno dopo, sapendo che l'evoluzione della patologia l'avrebbe portato al decadimento fisico fino a non poter più affermare la propria volontà, decideva di mettere per iscritto il suo desiderio di non ricevere accanimento terapeutico in caso di emergenza, desiderio che ha ribadito fino al 2016, quando il suo amministratore di sostegno richiedeva il distacco dei presidi che lo tenevano in vita in seguito ad un drastico peggioramento delle condizioni generali di Walter. Pochi giorni dopo, il Giudice tutelare forniva l'approvazione per il distacco dei presidi nonostante l'assenza di una legge che regolasse il fine vita, la legge che da molti anni prima veniva richiesta a gran voce, ma basandosi su diverse fonti: «Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge»^[2], «Il medico deve intervenire, in scienza e coscienza, nei confronti del paziente incapace, nel rispetto della dignità della persona e della qualità della vita, evitando ogni accanimento terapeutico, tenendo conto delle precedenti volontà del paziente»^[3], «Deve essere rispettato il consenso libero ed informato della persona interessata, secondo le modalità definite dalla legge»^[4]. Walter Piludu moriva il 3 novembre 2016 per interruzione del sostegno ventilatorio previa sedazione, sei mesi dopo la richiesta formale da parte dell'amministratore di sostegno. La richiesta di Walter è stata assecondata molto velocemente rispetto ai casi precedenti (si veda caso Englaro) e questo è avvenuto grazie alle disposizioni lasciate in un momento precoce della malattia, nonostante una legge sulle disposizioni anticipate di trattamento non fosse ancora stata approvata.

Il caso Piludu è stato importante per far conoscere l'importanza delle disposizioni anticipate di trattamento.

Il 31 gennaio 2018 entrava in vigore la legge sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento: «Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione

di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari. Indica altresì una persona di sua fiducia, di seguito denominata “fiduciario”, che ne faccia le veci e la rappresenti nelle relazioni con il medico e con le strutture sanitarie»^[5].

“ANTONIO”

Il 17 agosto 2022, “Antonio”, paziente tetraplegico dal 2014, dopo due anni di lotta, otteneva il via libera dell’Asur Marche al suicidio assistito, grazie al parere positivo riguardo il farmaco da utilizzare (tiopentone sodico) e la modalità di autosomministrazione.

1.2 ITER POLITICO

ARTICOLO 580 DEL CODICE PENALE

L’Articolo 580 del Codice Penale (1930) deriva dall’articolo 370 del Codice Zanardelli (1889) che recitava: «Chiunque determina altri al suicidio o gli presta aiuto è punito, ove il suicidio sia avvenuto, con la reclusione da tre a nove anni». Nell’approvazione del Codice Penale del 1930, il Guardasigilli lo modificava, affermando: «Ho così preveduto, accanto alla determinazione che si riferisce ad una attività diretta a formare l’altrui proponimento, anche il rafforzamento di questo, e cioè qualsiasi attività diretta a rendere definitivo un proposito già formato; e ho altresì punita l’agevolazione, in qualsiasi forma prestata, alla esecuzione della volontà suicida»^[6].

CASO CAPPATO

In seguito all’autodenuncia di Cappato per disobbedienza civile, in base all’articolo 580 del Codice Penale veniva avviato il processo a suo carico con l’accusa di istigazione ed aiuto al suicidio. La disobbedienza civile è il rifiuto da parte di un singolo o di un gruppo di rispettare una legge in modo non violento ed ha come obiettivo una modifica di questa legge da parte dello Stato. Marco Cappato si autodenunciava quindi proprio per fare in modo che avvenisse un cambiamento il giorno 27 febbraio 2017. Dopo trentaquattro mesi di processo, il giorno 22 novembre 2019, veniva pronunciata

la sentenza 242/2019 che liberava dall'accusa Marco Cappato e dichiarava l'illegittimità costituzionale del divieto di aiuto al suicidio quando questo è volto ad una persona malata le cui condizioni siano state accertate da SSN sulla base della decisione del comitato etico.

DDL DISPOSIZIONI IN MATERIA DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA

In seguito alle pressioni al Parlamento per ottenere una legge sul fine vita, il 23 marzo 2018 veniva presentato alla Camera dei Deputati il DDL *Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita* su cui, fino al 27 dicembre 2018, venivano elaborati 333 emendamenti. Fino al 9 dicembre 2021 si è tenuto l'esame in Commissione per il DDL e il 13 dicembre 2021 questo passa all'esame dell'Assemblea. Il 10 marzo 2022 il DDL viene approvato alla Camera in un testo risultante dall'unificazione di un disegno di legge d'iniziativa popolare e dei disegni di legge d'iniziativa di alcuni deputati. L'11 marzo 2022 approda in Senato come S.2553 e dal 26 aprile 2022 è in corso di commissione al Senato.

1.3 COMITATO NAZIONALE PER LA BIOETICA

Come tutte le questioni che riguardano il fine vita, il suicidio assistito è sempre stato, e continua ad essere, al centro di un dibattito etico molto sentito.

In Italia c'è un organo della presidenza del Consiglio dei ministri predisposto alla materia, il Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB). A esso sono affidati i compiti di: a) orientare gli atti legislativi volti a definire i criteri che devono guidare la pratica medica e lo sviluppo biotecnologico al fine di tutelare i diritti umani ed evitare abusi; b) garantire una corretta informazione dell'opinione pubblica sui problemi bioetici sollevati dal progresso biomedico ^[7].

Il CNB si è espresso riguardo il suicidio assistito; le opinioni interne riflettono quelle popolari e della scena politica e sono riassunte in tre orientamenti ^[8]:

a) Opposizione sul piano etico e giuridico.

Il suicidio assistito contrasterebbe con il compito degli operatori sanitari, ovvero salvaguardare e rispettare la vita di ognuno, inoltre non può essere giustificato con la sola volontà del paziente di morire e, pian piano, si rivelerebbe un "pendio scivoloso" che sposterebbe il limite sempre più avanti come in altri

Stati che hanno esteso il suicidio assistito anche a bambini, soggetti fragili psicologicamente/psichiatricamente e anziani non autosufficienti. Questo gruppo ribadisce che la volontà del paziente di essere sottoposto o meno alle cure deve comunque essere rispettata e devono essere sempre garantite le cure palliative e il trattamento del dolore, ma il *lasciar morire* non deve sfociare nell'*aiutare a morire*;

b) Approvazione sul piano etico e giuridico ma in presenza di determinate condizioni.

«In certe circostanze l'esistenza si impoverisce al punto da non avere da offrire altro che sofferenze o condizioni in cui viene percepita la progressiva perdita della propria dignità. In tali condizioni va rispettata una richiesta pienamente consapevole di essere aiutati a morire»^[9]. Le condizioni per l'approvazione della richiesta del suicidio assistito sono:

- la presenza di una malattia grave e irreversibile accertata da almeno due medici indipendenti (uno dei quali del SSN);
- la presenza di uno stato prolungato di sofferenza fisica o psichica di carattere intrattabile o insopportabile per il malato;
- la presenza di una richiesta esplicita espressa in forma chiara e ripetuta, in un lasso di tempo ragionevole.

Un problema del disegno di legge per il suicidio assistito è, però, la necessità di essere mantenuti in vita da presidi medici per poter presentare la richiesta; ciò creerebbe una discriminazione nei confronti di malati con patologie gravi e forti sofferenze che non necessitano ancora di sostegno delle funzioni vitali ma che dovranno passare un periodo di insostenibile stress e dolore fisico e mentale prima di poter richiedere di esser aiutati a morire. Il gruppo del CNB che sostiene il suicidio assistito ritiene che ciò sia incostituzionale e afferma: «Una simile richiesta va presa in considerazione in ogni caso perché la sofferenza va comunque alleviata, e non si può penalizzare chi già soffre in attesa di una maggiore sensibilità sociale verso tale stato»^[10].

c) Inappropriatezza del termine “suicidio”, poiché la volontà dei pazienti che ne richiedono l'esecuzione non è quella di morire ma quella di liberarsi del proprio corpo che in tali condizioni è una prigionia.

Questa teoria è sostenuta sia da membri del CNB favorevoli all'approvazione (*punto b*) sia dall'opposizione (*punto a*).

1.4 PROCEDURA

Poiché in Italia il suicidio assistito è una novità, per descriverne la procedura sono state tratte informazioni da un articolo pubblicato^[11] nel 2020, basato su uno studio di revisione di letteratura che comprende fonti elaborate in Olanda, Stati Uniti d'America, Belgio, Canada, Svizzera, Francia, Oregon, Australia, Giappone, Regno Unito, Colombia, analizzando in totale 163 casi di suicidio assistito. L'articolo in questione tratta diversi aspetti tra cui farmaci utilizzati, luogo scelto, ruolo delle figure sanitarie (nella presente tesi è stato preso in considerazione il sottoparagrafo riguardante il personale infermieristico) e le complicanze.

Il farmaco letale è stato somministrato nel 46% dei casi per via endovenosa; la procedura della somministrazione viene riassunta tramite un protocollo semplificato: 1) ansiolitici, maggiormente Midazolam, 2) anestetici locali, ovvero lidocaina o magnesio solfato, 3) induttori del coma come Propofol o Fenobarbital, 4) agenti bloccanti del sistema neuromuscolare quali Rocuronio o Cisatracurio.

La somministrazione orale è avvenuta nel 30.7% dei casi, dei quali il 74% ha ingerito un barbiturico, talvolta in associazione con oppioidi o con alcol. Non raramente sono stati utilizzati antiemetici ed ansiolitici prima del farmaco letale.

In 65 dei 163 casi è stato precisato il luogo in cui la procedura si è svolta: nella gran parte dei casi in ospedale o a casa del paziente, spesso nelle case di cura e raramente in hospice ed altre strutture.

Quella infermieristica, insieme al medico ed al farmacista, è stata la figura maggiormente presente in tutti i casi; il suo ruolo prevedeva nel 48.6% dei casi la manipolazione del farmaco letale, nel 45.7% il supporto del paziente, nel 37.1% la preparazione della via di somministrazione e nel 17.1% la preparazione dei farmaci.

Sono state riscontrate complicanze nel 13.5% dei casi ed esse riguardavano in caso di somministrazione per via endovenosa difficoltà nel mantenere l'accesso venoso, morte troppo lenta o non avvenuta, morte troppo veloce, difficoltà nell'utilizzo di una siringa troppo grande, dolore durante l'iniezione, farmaco inappropriato e necessità di backup

kit (somministrazione di altri farmaci). In caso di somministrazione orale, le complicanze riguardavano morte troppo lenta, vomito, mioclonie/crisi, cattivo sapore del farmaco e necessità di backup kit.

CAPITOLO 2 METODOLOGIA DELLA RICERCA

2.1 OBIETTIVO DELLO STUDIO

Questa tesi ha l'obiettivo di indagare il ruolo infermieristico nei vari Stati in cui il suicidio assistito è legale e praticato, al fine di trarre dal confronto delle informazioni che potrebbero definire più facilmente il coinvolgimento del personale infermieristico in Italia. La revisione si basa quindi su articoli che hanno affrontato lo stesso studio ma in Stati differenti, per raccogliere informazioni riguardo le azioni da svolgere nei diversi momenti della procedura e la posizione assunta dall'infermiere all'interno dell'equipe.

2.2 QUESITO DI RICERCA

Il quesito di ricerca per il lavoro di revisione è stato formulato tramite la metodologia PIO:

Popolazione	Pazienti che richiedono il suicidio assistito
Intervento	Ruolo infermieristico
Outcome	<ul style="list-style-type: none">- Ruolo infermieristico nella preparazione e nell'esecuzione del suicidio assistito- Posizione ricoperta all'interno dell'equipe nel processo decisionale- Ruolo nel sostenere il paziente che intraprende il percorso e la sua famiglia

2.3 STRATEGIE DI RICERCA

Il lavoro di ricerca è stato eseguito tramite l'utilizzo delle parole chiave: “*assisted suicide*”, “*assisted suicide AND nursing*”, “*assisted suicide AND nursing role*”, in associazione con i nomi degli Stati in cui il suicidio assistito è legale, nomi tratti dal documento “Conoscere la legge n.219/2017. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”, a cura dell'Ordine degli Psicologi del Lazio, reperito sul sito online dell'Associazione Luca Coscioni.

Altri fonti consultate sono il sito online dell'*ANA (American Nurses Association)* e dell'*AJN (American Journal of Nursing)*.

Le riviste consultate sono *BMJ journals Journal of Medical Ethics, Wiley Online Library, Sage Journals*.

Una fonte preziosa di informazioni è stato il sito dell'Associazione Luca Coscioni, insieme ai fatti di cronaca avvenuti in Italia nel periodo di stesura della presente tesi.

2.4 CRITERI DI SELEZIONE DEL MATERIALE

Il materiale raccolto in seguito alla ricerca tramite le parole chiave sopra elencate è stato selezionato dapprima in base agli *abstract*; una seconda e più approfondita selezione è stata basata sulla lettura dei *full text* per poter individuare il materiale più pertinente per rispondere al quesito di ricerca. Sono stati così accettati per lo studio sette articoli, di cui due revisioni di letteratura, uno studio longitudinale retrospettivo, uno studio qualitativo/quantitativo, due documenti di linee guida, uno di atti di congresso.

CAPITOLO 3 RISULTATI DELLA RICERCA

3.1 DESCRIZIONE DEGLI STUDI SELEZIONATI

- Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide^[12].

Disegno: revisione di letteratura (leggi e linee guida).

Obiettivo: individuare punti di forza e di debolezza della legge spagnola riguardo il suicidio assistito.

Intervento: è stata analizzata la legge spagnola che regola l'eutanasia e il suicidio assistito, poi comparata con le leggi a riguardo esistenti in altri territori europei (Olanda, Belgio e Lussemburgo).

Risultati: diverse informazioni dell'articolo sono attinenti allo scopo della presente tesi. La legge spagnola prevede la presenza di un'*evaluating commission (EC)*, dotata di ruolo amministrativo/legale/valutativo/informativo, all'interno della quale è prevista la presenza di sette membri, tra i quali deve rientrare un posto infermieristico. L'infermiere ha diritto all'obiezione di coscienza; inoltre, fa parte del team multidisciplinare partecipando quindi al processo decisionale. All'interno della procedura del suicidio assistito, la legge spagnola non specifica però il ruolo preciso di ogni figura professionale, come accade per il medico e per l'infermiere stesso, poiché essi assumono un ruolo di grande variabilità, anche in azioni che potrebbero comportare problemi legali come la manipolazione del farmaco letale.

- Involvement of nurses in physician-assisted dying^[13].

Disegno: studio longitudinale retrospettivo rispetto al certificato di morte.

Obiettivo: individuare il grado di coinvolgimento degli infermieri nelle decisioni riguardanti il fine vita.

Intervento: lo studio è stato condotto nelle Fiandre, in Belgio, tramite somministrazione di un questionario basato su uno studio svolto in Olanda dal 1990 al 1995 (van der Maas *et al.* 1991, 1996). JB ed LD sono i responsabili della raccolta dei dati, tutti gli autori hanno contribuito ad analizzarli e sono responsabili della redazione, della revisione e del lavoro statistico. FM ed LD hanno provveduto alla ricerca dei fondi per lo studio ed LD ha supervisionato il lavoro.

Risultati: lo studio è stato condotto sulla base di 1925 questionari validi. Gli autori hanno suddiviso la casistica in base al luogo del fine vita del malato: a casa o

in un'istituzione. Nel processo decisionale del fine vita presso il domicilio, il medico ha consultato un infermiere (con o senza la presenza di altri professionisti sanitari o famiglia) nel 21.4% dei casi, un professionista sanitario non infermiere (con o senza la famiglia) nel 21.9%, la famiglia senza alcun professionista sanitario nel 31% e nessuno nel 25.8%. Nelle istituzioni, invece, i medici tendono a rivolgersi più spesso ad altre figure sanitarie: nel 52% consultano un infermiere (con o senza la presenza di altri professionisti sanitari o famiglia), nel 25.8% un professionista sanitario non infermiere (con o senza la famiglia), nel 6.3% la famiglia senza alcun professionista sanitario e nel 15.6% nessuno. Il personale infermieristico è quindi maggiormente coinvolto nelle decisioni riguardanti il fine vita quando esso si svolge presso un'istituzione e ricopre un ruolo decisionale in poco più della metà dei casi.

Limiti: i risultati della ricerca sono basati esclusivamente sulle risposte fornite dai medici coinvolti, il che potrebbe corrompere lo studio poiché essi potrebbero aver sovrastimato la loro consultazione con gli infermieri prima di prendere una decisione riguardante il fine vita. Inoltre, le domande nel questionario riguardanti il coinvolgimento degli infermieri erano limitate; non si è svolta infatti un'indagine su chi abbia introdotto gli infermieri alla partecipazione nella manipolazione del farmaco letale, su come la decisione finale è stata influenzata dal parere infermieristico e le motivazioni per cui questa figura viene coinvolta, il suo ruolo nella gestione delle richieste del paziente, nella preparazione dei pazienti e nelle loro cure. Ancora, non sono riportati i risultati che riguardano la manipolazione del farmaco da parte degli infermieri/e nel suicidio assistito poiché ridotti a tre casi.

- Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents^[14].

Disegno: revisione di linee guida

Obiettivo: analizzare i documenti creati dagli organi regolatori della professione infermieristica canadese per aiutare gli infermieri nella pratica del suicidio assistito e nell'aspetto legale di esso.

Intervento: a maggio 2018 è stata condotta una ricerca sulla regolamentazione provinciale e territoriale canadese del *MAiD* (*Medical Assistance in Dying*), sono stati quindi revisionati 17 documenti e confrontati per fornire uno strumento di

supporto che consenta di standardizzare la pratica infermieristica.

Risultati: i risultati della ricerca possono essere suddivisi in quattro sezioni: 1) ruolo e responsabilità della figura infermieristica, 2) sicurezza, 3) obiezione di coscienza, 4) relazione tra MAiD e cure palliative.

1) Ruolo della figura infermieristica. In Canada, vi è una distinzione tra *RN* (*registered nurses*) e *NP* (*nurse practitioners*); questi ultimi assumono nell'ambito del suicidio assistito stessi compiti e stesse responsabilità del medico, perciò il loro ruolo è definito. Lo studio si basa quindi sui *RN*, le cui responsabilità descritte nell'articolo inducono i seguenti compiti da svolgere: a) fornire al paziente le competenze e l'abilità per l'assunzione del farmaco letale, b) fornire informazioni al paziente e ai familiari riguardo il MAiD, c) coordinare il processo del MAiD, d) preparare l'occorrente e l'accesso endovenoso per la procedura, e) coordinare ed informare gli altri professionisti sanitari riguardo il MAiD, f) documentare le cure infermieristiche fornite, g) supportare gli affetti del paziente, h) provvedere alle cure *post mortem*. Tra i vari documenti ci sono poi delle differenze nella valutazione del ruolo del RN, ma essi possono essere accomunati da una considerazione: egli è solo di supporto nella procedura del suicidio assistito, ma riveste un ruolo fondamentale nel suo processo.

2) Sicurezza. Sono stati individuati in totale cinque casi che per un il personale infermieristico potrebbero costituire reati perseguibili.

a) Consigliare/informare. Gli infermieri devono garantire informazioni corrette e complete riguardo l'opzione del suicidio assistito, ma devono porre attenzione a “non raccomandare, incitare o incoraggiare il suicidio assistito”, poiché ciò è un reato e influenzerebbe molto la scelta del paziente. Inoltre le informazioni per il MAiD devono essere fornite solo nel momento in cui il paziente ne faccia esplicita richiesta e non esprima semplicemente il desiderio di morire, esse devono poi essere fornite in modo adeguato e, se l'infermiere/a non ne è in grado, deve indicare una figura professionale predisposta.

b) Manipolare il farmaco/aiutare. Il RN nel MAiD può aiutare il NP o il medico ma non può manipolare il farmaco letale o gestire le complicanze da esso derivanti. Egli non può ritirare il farmaco dalla farmacia né utilizzarlo in alcun

modo se non passandolo al paziente quando esplicitamente richiesto. L'autosomministrazione non può essere facilitata in alcun modo come mischiando il farmaco con il cibo o con del liquido.

c) Assicurarsi che siano state messe in atto le misure di sicurezza. Viene richiesto al RN di valutare il livello di sicurezza messo in atto prima della partecipazione alla procedura e per farlo è necessaria una solida base di informazione, ma ciò non è esplicitamente stabilito da alcuna regola.

d) Consenso informato. Il RN può svolgere la funzione di testimone al consenso informato se non direttamente coinvolto nella cura di quel paziente, quindi se non ha mai preso in carico quel paziente. La provincia di Alberta è l'unica a definire chi sia la figura infermieristica che non presta direttamente le cure al paziente, mentre negli altri territori questa figura è interpretabile.

e) Documentazione. Mettere per iscritto tutte le cure che sono state fornite al paziente è un fondamentale mezzo per tutelare il personale, dato l'impatto legale che il suicidio assistito può costituire per il professionista sanitario in caso di documentazione errata o mancante.

3) Obiezione di coscienza. Gli infermieri obiettori di coscienza sono liberi di non partecipare alla procedura del suicidio assistito, ma devono informare il datore di lavoro per tempo, in modo che possa garantire al paziente la presenza di un sostituto. L'obiezione di coscienza deve essere basata su una solida informazione e una scelta ponderata; inoltre, i motivi di essa non devono essere condivisi con il paziente e la sua famiglia. I diversi valori e credenze tra professionista sanitario e paziente non devono essere motivo per compromettere la relazione di cura.

4) Relazione tra MAiD e cure palliative. In Canada, si devono obbligatoriamente offrire le cure palliative ai pazienti che considerano la possibilità del suicidio assistito. In alcuni documenti, la richiesta da parte dell'infermiere/a delle migliori cure palliative per il proprio paziente fa parte del suo ruolo nella procedura.

Limiti: l'articolo è una "analisi testuale", ciò significa che si limita ad analizzare i documenti senza tenere in considerazione il contesto in cui sono stati sviluppati; ognuno di essi, infatti, è stato scritto ed approvato in base all'ideologia e alla pratica clinica del territorio cui si riferisce.

- Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses^[15].

Disegno: studio qualitativo e quantitativo.

Obiettivo: descrivere il ruolo infermieristico durante l'eutanasia e il suicidio assistito negli ospedali olandesi, parte di uno studio più ampio riguardo il ruolo infermieristico nel processo decisionale del fine vita.

Intervento: studio qualitativo i cui risultati, insieme a dati di studi precedenti ed a considerazioni etiche e legislative, hanno fornito la base per la costruzione del questionario della parte quantitativa dello studio. Di 692 infermieri intervistati, 532 hanno fornito risposte utili alla ricerca, di questi, 404 contenevano informazioni poi analizzate riguardo la richiesta di eutanasia o suicidio assistito.

Risultati: i risultati dello studio sono suddivisi in quattro argomenti, ovvero 1) richiesta di eutanasia o suicidio assistito, 2) processo decisionale, 3) manipolazione del farmaco, 4) linee guida negli ospedali.

1) Richiesta di eutanasia o suicidio assistito. Dei 404 casi iniziali, 23 sono stati esclusi dallo studio poiché la richiesta è stata rivolta in un luogo in cui l'infermiere/a non aveva la possibilità di essere la prima figura cui rivolgersi. Nel resto della popolazione, il 23.4% si è rivolto prima ad un medico, il 45.1% ad un infermiere/a e il 22.3% ha espresso la propria volontà alla presenza di entrambi; il restante 9.2% rientra nella categoria "altro" o "sconosciuto". Tra gli infermieri interrogati per primi riguardo le possibilità del fine vita, il 78.3% ha spiegato al paziente le diverse procedure, illustrando diversi aspetti: requisiti legali (70.2% degli infermieri ne ha parlato), linee guida dell'istituzione (51.1%) e possibilità di cure palliative (46.8%).

2) Processo decisionale. Nel 78.8% di 359 casi (45 non sono stati presi in considerazione poiché gli infermieri non hanno preso parte al processo per diversi motivi, quali casi in cui la decisione e la somministrazione non è avvenuta nella stessa struttura, casi in cui il paziente è morto prima di arrivare ad una decisione, casi in cui la decisione è stata presa prima che il paziente venisse ammesso al reparto e un caso in cui la decisione e la somministrazione non sono avvenute nello stesso reparto), medici e infermieri si sono confrontati durante il processo decisionale. Nel 14.2% ciò non è avvenuto per tre motivi principali: scelta del paziente, il paziente era ormai sicuro della propria decisione e non c'era bisogno di consultazione oppure il medico considerava la questione privata tra medico e paziente. Lo

studio dimostra che la figura infermieristica ha svolto un ruolo nel processo nell'81.4% delle richieste accettate e nel 71.6% di quelle rifiutate. Nei casi in cui c'è stato un confronto tra le due figure professionali, nel 29.5% è stata quella infermieristica a sollevare la questione con quella medica, il contrario è successo nel 67%. Delle richieste accettate, l'iniziativa è stata nella maggior parte dei casi (73.1%) del medico; al contrario, delle richieste rifiutate l'iniziativa è stata nella maggior parte degli infermieri (49.1%).

3) Manipolazione del farmaco. Di 404 richieste di eutanasia/suicidio assistito presentate, 262 sono state accettate e in 143 di questi casi era presente l'infermiere/a. Nell'80.4% dei 143 casi l'infermiere/a ha avuto un ruolo nel processo decisionale, nell'83.2% il farmaco è stato manipolato esclusivamente dal medico, nell'1.4% (due casi) il paziente ha praticato autosomministrazione, nel 3.5% l'infermiere/a ha manipolato il farmaco da solo e nell'11.9% con il medico.

4) Linee guida negli ospedali. I questionari che contenevano informazioni utili in questo caso erano 527 su 532 e il 65.3% di questi affermava di seguire delle linee guida proprie dell'ospedale, solo il 3.2% ne negava l'esistenza mentre il 28.1% non ne era a conoscenza; la maggioranza degli infermieri che seguivano delle linee guida affermavano che queste ne descrivevano il ruolo.

- The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying^[16].

Disegno: linee guida.

Obiettivo: guidare la pratica infermieristica quando un paziente richiede il suicidio assistito tramite un *vademecum* che dia indicazioni su ciò si deve sapere e si deve fare sia dal punto di vista etico che pratico.

Conclusioni: il professionista deve seguire delle regole ben definite per poter fornire al paziente che richieda, o che stia solo valutandone la possibilità, il suicidio assistito. Queste regole scandiscono tutti i momenti della procedura, ovvero dall'iniziale momento dell'informazione fino al sostegno alla famiglia nel *post mortem*. Quindi, l'infermiere/a:

- non può manipolare il farmaco letale;
- deve essere in grado di tenere conversazioni riguardo il fine vita per sostenere il paziente;

- deve fornire il miglior ambiente possibile al paziente e cure palliative adeguate;
 - deve conoscere le leggi aziendali/territoriali/nazionali riguardo il suicidio assistito e la pratica ed aggiornarsi continuamente attraverso lo studio e la ricerca;
 - deve riflettere sui propri valori e le proprie idee e fare in modo che non incidano sulla qualità delle cure fornite;
 - ha il diritto all'obiezione di coscienza ma esso deve essere giustificato, espresso per tempo al datore di lavoro e i motivi della propria scelta non devono essere condivisi con il paziente, con il quale deve essere oggettivo nell'informare riguardo le possibilità del fine vita;
 - protegge la privacy del paziente;
 - non agisce con l'intento di mettere fine alla vita del paziente ma di lenirne le sofferenze e diminuire la sintomatologia;
 - fornisce la sua presenza se richiesto dal paziente anche nel momento dell'assunzione del farmaco letale;
 - sostiene la famiglia.
- Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role?^[17]

Disegno: atti di congresso (conferenza annuale ANA 2016).

Obiettivo: esaminare gli argomenti contro e a favore l'espansione della pratica della morte assistita nei vari Stati d'America e approfondire il ruolo della figura infermieristica nei confronti dei pazienti che chiedono l'AID (*aid in dying*).

Conclusioni: la figura infermieristica ricopre un ruolo fondamentale nei momenti che "circondano" la morte per cui il paziente chiede aiuto e i suoi compiti possono essere riassunti in tre punti:

- Informarsi riguardo la procedura per poter informare in modo adeguato il paziente, riguardo l'aspetto legale per tutelarsi, riguardo il continuo aggiornamento delle linee guida;
- Riflettere sui propri valori e fare una scelta dal punto di vista morale per evitare che le proprie credenze e idee intacchino o influenzino quelle del paziente. Ad esempio, l'obiezione di coscienza è un diritto del professionista sanitario solo se non è causa di tentativi di coercizione;

- Relazionarsi al paziente ed alla famiglia a prescindere dalle loro decisioni e far capire che in ogni caso saranno erogate le migliori cure possibili. È importante imparare a condurre un discorso riguardo la morte senza farsi sopraffare dalle emozioni, in caso non se ne fosse in grado si deve individuare una figura sostitutiva che risponda alle esigenze del paziente e della famiglia.

Si parla molto di quella infermieristica come figura di sostegno morale, ma non si accenna al momento della morte procurata. Si riporta infatti che l'infermiere/a non può essere coinvolto nelle azioni al momento dell'assunzione del farmaco letale poiché "la versione in vigore del *Code of Ethics for Nurses with Interpretative Statements* redatto dall'ANA condanna la partecipazione infermieristica in un intenzionale perdita di una vita umana. [...] Non c'è spazio per le discussioni sul perché ma, per gli infermieri, la partecipazione è un *no*" (American Academy of Nursing's annual conference, 2016, Marsha Fowler, PhD, RN, FAAN, Azusa Pacific University).

- Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse^[18].

Disegno: linee guida.

Obiettivo: preparare gli infermieri di area critica nel rispondere alle domande ed esigenze di pazienti che richiedano l'*AID*.

Conclusioni: l'infermiere/a non deve mai introdurre l'argomento della morte assistita con il paziente, ma deve aspettare che sia lui a farne richiesta e poi trasmettere la volontà al curante che dovrà ricevere direttamente la richiesta ufficiale; deve essere sempre pronto ed aggiornato riguardo le linee guida e la politica aziendale, per poter fornire al paziente informazioni precise, dettagliate ed *evidence based*.

Tre documenti redatti dall'ANA (*Code of Ethics for Nurses with interpretative statements*, *Nursing's social policy statements* e *Nursing: scope and standards for practice*) delineano precisamente il profilo infermieristico in relazione al farmaco letale ed alla somministrazione: egli non può essere coinvolto in alcuna maniera nella preparazione e nell'assunzione da parte del paziente, ma può solo essere presente al momento in caso gli venga espressamente richiesto. Viene riportato un elenco di azioni che l'infermiere/a può e deve compiere in seguito alla richiesta

del paziente, qui tradotte in italiano:

Quando un paziente o la famiglia domanda riguardo l'AID,

- *allerta il medico curante del paziente*
- *impegnati nell'ascolto attivo*
- *ricerca il motivo per cui l'argomento è stato introdotto*
- *ricerca che tipo di aiuto potrebbe servire:*
 - *finanziario*
 - *spirituale*
 - *sociale*
 - *cura del dolore*
 - *cure palliative*
- *presenta altre opzioni come cure palliative o spirituali se conveniente*
- *se il paziente/la famiglia vive in uno stato in cui l'AID è illegale, spiega che ciò non è consentito in quello stato e che è necessario che la residenza sia in uno stato in cui è legale*
- *se il paziente/la famiglia vive in uno stato in cui l'AID è legale, segui la politica dell'ospedale per procedere*
- *informa il paziente che deve rivolgere la sua richiesta direttamente al medico curante*

La figura infermieristica, quindi, non prende parte attiva alla procedura nel momento della morte ma, sebbene minore rispetto a quello del medico, il suo ruolo ha un peso importante.

3.2 SINTESI DEI RISULTATI

QUESITO	RISULTATI	STUDI A SUPPORTO
<p>Qual è il ruolo dell'infermiere nella preparazione del suicidio assistito?</p>	<p>L'infermiere ha il compito di informarsi riguardo le linee guida e le procedure aziendali e di mantenersi aggiornati.</p> <p>NON lascia che i propri valori e le proprie credenze incidano sulla qualità delle cure fornite</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130 • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), <i>The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying</i>. • Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? <i>The American journal of nursing</i>, 118(5), 50–59. • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. <i>AACN advanced critical care</i>, 28(2), 218–222 • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130 • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), <i>The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying</i>.

QUESITO	RISULTATI	STUDIA SUPPORTO
		<ul style="list-style-type: none"> Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nursing, 118(5), 50–59.
	<p>Se obiettore di coscienza, informa il datore di lavoro per tempo per garantire al paziente la presenza di personale adeguato</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130 ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), <i>The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying.</i>
	<p>NON raccomanda, NON incita, NON incoraggia il suicidio assistito; coordina il processo ed informa i colleghi; valuta il livello di sicurezza delle misure messe in atto; prepara l'occorrente e l'accesso venoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130
<p>Qual è il suo grado di coinvolgimento durante</p>	<p>Riceve per primo la richiesta del paziente</p>	<ul style="list-style-type: none"> Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Morwer Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of eu-

QUESITO	RISULTATI	STUDIO A SUPPORTO
l'esecuzione del suicidio assistito?	<p>Se il paziente lo richiede, è presente al momento della morte</p> <p>NON ha alcuna interazione con il farmaco letale (ritiro, manipolazione, preparazione)</p>	<p>thanasia and physician-assisted suicide.</p> <ul style="list-style-type: none"> • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying. • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222 • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy, politics & nursing practice, 20(3), 113–130. • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying. • Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nursing, 118(5), 50–59. • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The

QUESITO	RISULTATI	STUDIA SUPPORTO
		<p>Role of the Critical Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222</p> <ul style="list-style-type: none"> • Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Morwer Hanlon, L. F., & Herrerros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. • Bilsen, J. J., Vander Stichele, R. H., Mortier, F., & Deliens, L. (2004). Involvement of nurses in physician-assisted dying. • Van Bruchem-van de Scheur, G., Van Der Arend, A.J., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F.C., Spreuwenberg, C. and Ter Meulen, R.H. (2008), Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. Journal of Clinical Nursing, 17: 1618-1626. • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy, politics & nursing practice, 20(3), 113–130. • Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Morwer Hanlon, L. F., & Herrerros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide.
	Manipola il farmaco letale	
	Documenta ogni momento del processo e della procedura	
L'infermiere è coinvolto nel processo decisionale?	L'infermiere partecipa al processo decisionale equamente rispetto agli altri professionisti sanitari	

QUESITO	RISULTATI	STUDIO A SUPPORTO
	L'infermiere ricopre un ruolo minore nel processo decisionale	<ul style="list-style-type: none"> • Bilsen, J. J., Vander Stichele, R. H., Mortier, F., & Deliens, L. (2004). Involvement of nurses in physician-assisted dying. • Van Bruchem-van de Scheur, G., Van Der Arend, A.J., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F.C., Spreeuwenberg, C. and Ter Meulen, R.H. (2008), Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. <i>Journal of Clinical Nursing</i>, 17: 1618-1626.
Quali azioni compie per sostenere il paziente che intraprende il percorso e la sua famiglia?	Non introduce il discorso della possibilità del suicidio assistito anche se il paziente esprime il desiderio di morire, ma aspetta che sia il paziente stesso a richiedere informazioni riguardo la procedura	<ul style="list-style-type: none"> • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130. • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. <i>AACN advanced critical care</i>, 28(2), 218–222
	Fornisce informazioni al paziente ed alla famiglia	<ul style="list-style-type: none"> • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130.

QUESITO	RISULTATI	STUDI A SUPPORTO
	<p data-bbox="379 1144 719 1671">Indirizza il paziente e la famiglia verso un professionista sanitario esperto in caso non fosse in grado di fornire informazioni complete ed evidence-based</p> <p data-bbox="719 1144 1396 1671">È in grado di ascoltare attivamente il paziente e di sostenere un discorso sul fine vita</p>	<ul data-bbox="379 226 1396 1144" style="list-style-type: none"> <li data-bbox="379 226 560 1144">• Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nursing, 118(5), 50–59. <li data-bbox="560 226 719 1144">• Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222 <li data-bbox="719 226 959 1144">• Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy, politics & nursing practice, 20(3), 113–130. <li data-bbox="959 226 1118 1144">• Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nursing, 118(5), 50–59. <li data-bbox="1118 226 1230 1144">• ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying. <li data-bbox="1230 226 1396 1144">• Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Sui-cide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nur-sing, 118(5), 50–59.

QUESITO	RISULTATI	STUDIO A SUPPORTO
	<p>Fornisce in ogni caso un ambiente adeguato e le migliori cure palliative</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222 • Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Morwer Hanlon, L. F., & Herrerros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. Policy, politics & nursing practice, 20(3), 113–130. • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying. • Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? The American journal of nursing, 118(5), 50–59. • Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222-

QUESITO	RISULTATI	STUDIA SUPPORTO
	<p>Educa il paziente per fornirgli le competenze e le abilità necessarie ad attuare il suicidio assistito</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130.
	<p>Non agisce per mettere fine alla vita del paziente ma per lenirne le sofferenze</p>	<ul style="list-style-type: none"> • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying.
	<p>Fornisce le cure post mortem e sostiene la famiglia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Morwer Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide. • Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. <i>Policy, politics & nursing practice</i>, 20(3), 113–130. • ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying.

3.3 PARERE INFERMIERISTICO

Finora è stato approfondito l'aspetto tecnico del possibile futuro ruolo infermieristico in relazione al suicidio assistito. Non è detto, però, che tutti gli appartenenti alla professione siano predisposti ad operare durante un processo così delicato ed ambiguo dal punto di vista etico. Le idee personali, la credenza religiosa e la morale di ognuno sono fattori che influenzano la pratica quotidiana per gli infermieri/e, soprattutto in contesti lavorativi in cui essi/e sono le persone più vicine al malato.

Un recente studio statunitense^[19], condotto per indagare la prospettiva del personale infermieristico riguardo la morte assistita, ha evidenziato come su 2043 infermieri/e intervistati/e il 49.4% di essi/e lo supporta dal punto di vista personale, il 57% dal punto di vista professionale. Nonostante ciò, l'86% degli infermieri/e acconsentirebbe a prendere in carico un paziente che consideri il *MAiD*, il 66.6% lo assisterebbe durante l'atto finale. Dallo studio è emerso che i fattori che fanno propendere il parere infermieristico per il supporto al *MAiD* sono la conoscenza della pratica e la residenza in una giurisdizione in cui essa è legale; gran parte dei contrari sono stati individuati tra i religiosi cristiani e gli infermieri/e con più anni di esperienza. È stato dimostrato inoltre che l'area di lavoro non influisce sul giudizio: i soggetti intervistati si trovavano tutti in contesti con pazienti esposti alla morte.

Questo studio è sovrapponibile, seppur con delle differenze nei risultati, ad un altro^[20] condotto a Madrid, per il quale sono stati intervistati 489 infermieri/e registrati all'*Official College of Nurses of Madrid*. Gli intervistati a favore dell'eutanasia e del suicidio assistito sono maggiormente di età superiore ai 50 anni con 30 o più anni di esperienza lavorativa, impiegati nel settore pubblico e non religiosi. Per quanto riguarda l'aspetto legislativo, i partecipanti a favore del coinvolgimento infermieristico nel processo decisionale, nell'informazione, nell'accompagnamento alla morte e nella manipolazione del farmaco sono non credenti e hanno ricevuto formazione post-laurea.

Nel periodo di avvento di una discussione politica riguardo il suicidio assistito in Italia, ad inizio 2020, è stato condotto uno studio^[21] trasversale presso due strutture ospedaliere a Milano. La popolazione coinvolta includeva 430 infermieri/e, il 30% di essi tra i 21-30 anni e il 34.42% con più di 20 anni di esperienza; i reparti di appartenenza prevedevano UO di medicina, chirurgia, terapia intensiva e pronto soccorso, pediatria

ed oncologia. Dall'analisi è emerso che gli infermieri e le infermiere intervistati/e risultano prevalentemente d'accordo con la possibilità per i pazienti di porre fine alla propria vita prematuramente in caso di estrema necessità; il livello di accordo è ancora più alto quando questa possibilità viene fornita in seguito all'attuazione di tutte le cure palliative possibili. Più basso è invece il numero di infermieri/e che acconsentirebbero a lavorare in contesti in cui queste procedure vengono messe in atto, ma ciò viene giustificato dagli autori come dovuto ad una mancanza di conoscenza a riguardo ed alla perseguibilità in seguito all'atto dei professionisti sanitari (al tempo della pubblicazione, non era stato ancora dichiarato anticostituzionale l'articolo 580 del Codice Penale nella parte in cui non esclude la punibilità dell'aiuto al suicidio).

CAPITOLO 4 DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

4.1 DISCUSSIONE

L'obiettivo della presente tesi era quello di definire il ruolo infermieristico nel processo e nella procedura del suicidio assistito in Stati in cui esso è legale, in modo da fornire un'indicazione su quello che potrebbe essere il ruolo degli infermieri italiani nell'immediato futuro, in cui il suicidio assistito diventerà probabilmente una pratica sempre più scelta tra quelle possibili per il fine vita.

Alcuni degli articoli utilizzati non erano attinenti prettamente alla figura infermieristica, ma nel corso dello studio ne delineavano comunque la posizione in modo sufficiente da fornire una fonte valida per questa revisione, altri articoli invece descrivevano solo alcune parti dell'intero processo; nel complesso, unendo le informazioni provenienti da tutte le risorse scelte per lo studio, è stato possibile descrivere il ruolo dell'infermiere in ogni fase, dalla richiesta di aiuto alle cure *post mortem*.

Il confronto tra la letteratura di Stati diversi, con diverse culture e modi di intendere la morte "non naturale", ha anche evidenziato sostanziali differenze tra essi e ha permesso di fornire la base per un dibattito che potrebbe portare ad una scelta consapevole di ciò che l'infermiere può e non può, deve e non deve fare durante il suicidio assistito.

Il ruolo infermieristico in Italia è in ascesa per responsabilità ed indipendenza, ma non si può dire lo stesso in altri Stati, all'interno dell'UE e non. Per lo stesso incarico, l'infermiere riveste in giro per il mondo un ruolo diverso, anche nel caso del suicidio assistito. Egli partecipa al processo decisionale per l'approvazione del suicidio assistito in misure diverse in base allo Stato in cui lavora. Generalmente, la sua opinione è importante ai fini della valutazione della richiesta del paziente non in quanto possiede la facoltà di approvarla o negarla, bensì come punto di vista del professionista più vicino al paziente necessario al medico per comprendere pienamente la motivazione che ha condotto alla scelta. In quasi la totalità dei casi, quella infermieristica è una figura importante, se non fondamentale, nella preparazione del paziente non solo per quanto riguarda il lato materiale della situazione, ma soprattutto nel fornire le giuste informazioni, per cui deve costantemente aggiornarsi, nel supportare il paziente senza mai intromettersi nella sua scelta, nel rappresentare per lui e la famiglia un punto di riferimento in caso di dubbi e di necessità morale ed emotiva. Fin qui, si è parlato

dei compiti infermieristici “tipici”, ovvero tutto ciò che riguarda la spiritualità e l’interiorità del paziente, ma ben poco si può dedurre sulla partecipazione nel momento del suicidio e sul grado di coinvolgimento nella manipolazione del farmaco letale, soprattutto a causa di pareri contrastanti provenienti dagli Stati in cui il suicidio assistito è legale. Infatti gli infermieri, a seconda del luogo o dell’istituzione per cui lavorano, svolgono azioni non solo diverse, ma addirittura contrarie. Spesso inoltre, come dimostrato dalle fonti prese in esame per il lavoro di revisione, essi sono rivestiti di un’ autorità “ufficiosa” che potrebbe condurre a serie problematiche legali non solo personali, ma per i colleghi e l’istituzione stessa.

È necessario quindi che, prima che il suicidio assistito diventi realtà quotidiana in Italia, venga stabilito quali capacità e responsabilità debbano possedere gli infermieri e le infermiere, non solo per tutelarsi, ma anche e soprattutto per garantire al paziente la massima qualità di cure.

Seppur non rispondente ad alcun quesito tra quelli posti all’inizio dell’elaborato, è stato inserito un paragrafo (3.3) per individuare la posizione generale degli infermieri riguardo il suicidio assistito all’estero ed in Italia. Soprattutto l’articolo ambientato in Italia^[21] ha una grandissima rilevanza per definire il grado di coinvolgimento con una pratica così delicata che gli infermieri e le infermiere italiani/e sarebbero disposti ad accettare; i risultati dello studio proposto dimostrano come, anche in un contesto ad alta intensità emotiva ed etica, il personale infermieristico non si tiri indietro dal fornire la maggior qualità di cura ed essere dedito al paziente sofferente ed a tutte le sue necessità.

4.2 IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

La revisione degli articoli selezionati non ha solo risposto ai quesiti posti inizialmente, ma ha portato alla luce delle lacune di altri Stati che in Italia, dove il coinvolgimento dell’infermiere nel suicidio assistito è ancora da confermare, possono essere non dei limiti, ma un ulteriore spunto di riflessione per permettere di approfondire ogni aspetto della pratica.

In futuro dovranno essere studiati anche molti altri aspetti del suicidio assistito per permettere ai professionisti sanitari di fornire al paziente sofferente le migliori cure possibili. Ad esempio, dovrà essere stabilito quante e quali informazioni fornire a chi

richiede il suicidio assistito, il grado di coinvolgimento dell'infermiere nel processo decisionale, quali figure professionali includere nel team multidisciplinare, come educare il paziente che si accinge all'autosomministrazione del farmaco letale.

4.3 LIMITI DELLO STUDIO

Il suicidio assistito, in quanto concetto appartenente alla macroarea del fine vita, è stato e continua ad essere –anche se in evoluzione– un argomento *tabù*, per cui la letteratura a riguardo è scarsa, soprattutto se al suo interno si ricerca un dettaglio –anch'esso poco discusso– minore come il ruolo del personale infermieristico. La ricerca ha quindi prodotto un numero di fonti minore rispetto a quanto necessario per poter definire con precisione un profilo infermieristico completo. Inoltre, molti articoli sono stati esclusi dallo studio in base all'anno di pubblicazione: inizialmente il proposito della presente tesi era quello di utilizzare fonti provenienti dai soli ultimi 10 anni, ma per scarsità di materiale reperibile, la ricerca è stata ampliata dal 2000 in poi.

4.4 CONCLUSIONI

Il perseguimento della libertà di scelta individuale rappresenta il traguardo di un'evoluzione sociale ancora in corso che trova le sue fondamenta giuridico-filosofiche nei Diritti umani. Legge sull'aborto, identità di genere, legge contro il razzismo, unioni civili sono solo alcune delle conquiste di questa progressione sociale, giuridica ed etica.

Abbattuti gli ostacoli alla libertà di scelta sulla propria vita, occorre focalizzarsi su quelli sulla strada verso la libertà di scelta sulla propria morte.

Sebbene alla base del cambiamento che ha portato alla depenalizzazione del suicidio assistito ci siano non solo gli avvenimenti degli ultimi anni, ma anche e soprattutto numerose richieste già nel secolo scorso, è grazie al cambiamento sociale di massa avvenuto nel decennio passato che sono stati raggiunti risultati fino a poco tempo fa inimmaginabili. L'evoluzione sociale ha introdotto nuovi punti di vista e spunti di riflessione che hanno aperto un dibattito su argomenti considerati *tabù*, soprattutto a causa della forte influenza delle religioni. Questo dibattito non vede al suo interno il solo contrasto di due ideologie opposte, ma di molte sfaccettature della questione di stampo etico e politico che cercano tutte di fornire la soluzione allo stesso problema:

“la difficoltà di riuscire a conciliare i due principi, così rilevanti bioeticamente, della salvaguardia della vita da un lato e dell’autodeterminazione del soggetto dall’altro”^[22]. Questo dualismo è tra i più “pesanti” degli ultimi tempi, date le conseguenze che comporterebbero le estremizzazioni delle sue soluzioni: da un lato –come è stato fino alla depenalizzazione del suicidio assistito- la sofferenza di un malato senza alcuna via di uscita, dall’altro il “pendio scivoloso”, ovvero una liberalizzazione eccessiva della procedura che verrebbe aperta anche a soggetti meno idonei ai gravi requisiti richiesti ora. Come per ogni questione umana, il giusto sta nel mezzo e l’infermiere è uno dei più validi strumenti di cui dispone la Sanità italiana per garantire cure giuste e necessarie.

“L’Infermiere cura e si prende cura della persona assistita, nel rispetto della *dignità*, della *libertà*, dell’*eguaglianza*, delle *sue scelte di vita e concezione di salute e benessere*”^[23].

BIBLIOGRAFIA

1. Sentenza Corte Costituzionale 242/2019
2. Costituzione, articolo 32
3. Codice di Deontologia medica, Articolo 35
4. Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea
5. Legge 219 del 22 dicembre 2017, articolo 4
6. Relazione del Ministro Guardasigilli Rocco per l'approvazione del testo definitivo del Codice Penale, 19 ottobre 1930
7. Enciclopedia Treccani
- 8-9-10. Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, Comitato Nazionale per la Bioetica, 18 luglio 2019
11. Zworth M, Saleh C, Ball I, et al. Provision of medical assistance in dying: a scoping review. *BMJ Open* 2020;10:e036054
12. Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021). Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide
13. Bilsen, J. J., Vander Stichele, R. H., Mortier, F., & Deliens, L. (2004). Involvement of nurses in physician-assisted dying
14. Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019). Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents. *Policy, politics & nursing practice*, 20(3), 113–130
15. Van Bruchem-van de Scheur, G., Van Der Arend, A.J., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F.C., Spreeuwenberg, C. and Ter Meulen, R.H. (2008), Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 17: 1618-1626
16. ANA Center for Ethics and Human Rights (2019), The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying
17. Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018). Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role? *The American journal of nursing*, 118(5), 50–59
18. Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017). Aid in Dying: The Role of the Critical

Care Nurse. AACN advanced critical care, 28(2), 218–222

19. Davidson, J. E., Bojorquez, G., Upvall, M., Stokes, F., Bosek, M., Turner, M., & Lee, Y. S. (2022). Nurses' Values and Perspectives on Medical Aid in Dying: A Survey of Nurses in the United States. *Journal of hospice and palliative nursing: JHPN : the official journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 24(1), 5–14
20. Velasco Sanz, T. R., Cabrejas Casero, A. M., Rodríguez González, Y., Barbado Albaladejo, J. A., Mower Hanlon, L. F., & Guerra Llamas, M. I. (2022). Opinions of nurses regarding Euthanasia and Medically Assisted Suicide. *Nursing ethics*, 9697330221109940
21. Parozzi M, Ferrara P, Granata C, Di Prisco L, Celeri G, Destrebecq A, Terzoni S. Eutanasia e Suicidio assistito: indagine sulla percezione del personale infermieristico [Euthanasia and Assisted Suicide: nursing perceptions survey]. *Prof Inferm.* 2021;74(3):160-165
22. Professor Lorenzo d'Avack, presentazione del documento Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, Comitato Nazionale per la Bioetica, 18 luglio 2019
23. Codice deontologico delle professioni infermieristiche, articolo 3

ALLEGATI

BANCA DATI/SITO	PAROLE CHIAVE	DOCUMENTO	AUTORI ED ANNO	TIPO DI STUDIO
PubMed	assisted suicide OR physician-assisted suicide AND Spain OR Spanish (46 risultati)	Spanish regulation of euthanasia and physician-assisted suicide	Velasco Sanz, T. R., Pinto Pastor, P., Moreno-Milán, B., Mower Hanlon, L. F., & Herreros, B. (2021).	Revisione di letteratura
PubMed	assisted suicide AND Belgium AND nurse OR nursing OR nursing role (392 risultati)	Involvement of nurses in physician-assisted dying	Bilsen, J. J., Vander Stichele, R. H., Mortier, F., & Deliëns, L. (2004).	Studio longitudinale retrospettivo
Sage Journals	assisted suicide AND nurse OR nursing role AND Canada OR Canadian (91 risultati)	Medical Assistance in Dying: A Review of Canadian Nursing Regulatory Documents	Pesut, B., Thorne, S., Stager, M. L., Schiller, C. J., Penney, C., Hoffman, C., Greig, M., & Roussel, J. (2019).	Revisione di linee guida
PubMed	assisted suicide AND nurse AND Netherlands (38 risultati)	Euthanasia and assisted suicide in Dutch hospitals: the role of nurses	Van Bruchem-van de Scheur, G., Van Der Arend, A.J., Huijjer Abu-Saad, H., Van Wijmen, F.C., Spreeuwenberg, C. and Ter Meulen, R.H. (2008)	Studio qualitativo e quantitativo
American Nurses Association		The Nurse's role when a patient requests medical aid in dying	ANA Center for Ethics and Human Rights (2019)	Linee guida
AJN The American Journal of Nursing		Assisted Suicide/Aid in Dying: What Is the Nurse's Role?	Hamric, A. B., Schwarz, J. K., Cohen, L., & Mahon, M. (2018)	Atti di congresso
PubMed	aid in dying AND nurse OR nursing	Aid in Dying: The Role of the Critical Care Nurse	Davidson, J. E., & Hooper, F. G. (2017)	Linee guida

