

Scuola Universitaria Professionale della Svizzera italiana
Dipartimento Economia Aziendale, Sanità e Sociale
Corso di laurea in Cure Infermieristiche

Lavoro di tesi
(Bachelor Thesis)
di
Thea Maggipinto

IL DIBATTITO INTORNO AL SUICIDIO ASSISTITO E LE IMPLICAZIONI PER LA PRATICA INFERMIERISTICA

Direttore di tesi: Sergio Piasentin

Anno accademico 2014-2017
Manno, 31.07.2017

“L’autrice è l’unica responsabile dei contenuti del lavoro di tesi”

*“...Voi vorreste conoscere il segreto della morte.
ma come potrete scoprirlo se non cercandolo nel cuore della vita?
Il gufo, i cui occhi notturni sono ciechi al giorno, non può svelare il mistero della luce.
Se davvero volete conoscere lo spirito della morte, spalancate il vostro cuore al corpo
della vita.
poiché la vita e la morte sono una cosa sola, come una sola cosa sono il fiume e il
mare.
Nella profondità dei vostri desideri e speranze, sta la vostra muta conoscenza di ciò che
è oltre la vita;
E come i semi sognano sotto la neve, il vostro cuore sogna la primavera.
confidate nei sogni, poiché in essi si cela la porta dell’eternità.
La vostra paura della morte non è che il tremito del pastore davanti al re che posa la
mano su di lui in segno di onore.”*

(Kahlil Gibran, sulla morte)

Abstract

Introduzione

Il tema affrontato in questo lavoro di tesi tratta un argomento d'attualità e di rilevanza etica: il suicidio assistito. Recenti studi hanno dimostrato che il numero di richieste di suicidio assistito è in continuo aumento dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione e al crescente numero di malattie terminali e mortali. Le ricerche dimostrano come gli infermieri svolgano un ruolo fondamentale nell'assistenza alle persone alla fine della propria vita e che molte di loro si rivolgono al personale sanitario per intraprendere questo percorso. Per questo è stata impostata la seguente domanda di ricerca: Quali sono le implicazioni delle cure infermieristiche rispetto al suicidio assistito?

Obiettivi

Il seguente lavoro di tesi ha tre obiettivi: riconoscere le diverse implicazioni etiche per l'infermiere rispetto al dibattito del suicidio assistito, ricercare ed esaminare quali potrebbero essere le difficoltà per un infermiere nell'accompagnamento alla morte assistita, esplorarne i limiti che la caratterizzano.

Metodologia di ricerca

Ho deciso di elaborare il mio lavoro di tesi tramite una revisione della letteratura. La ricerca mediante le banche dati Pubmed, Science direct (Elsevier), Cinhal (Ebsco) e Ovid ha reso diversi articoli e dopo un'attenta analisi sono stati selezionati 15 articoli, utilizzati poi per la discussione.

Risultati

Dall'analisi degli articoli si è potuto osservare che il ruolo degli infermieri nell'accompagnamento alla morte assistita è fondamentale. Essi sono influenzati da alcuni fattori (ad esempio lo status legale del suicidio assistito), ma è emerso che fungono da portavoce del paziente. Il dialogo tra professionisti sanitari e pazienti gioca un ruolo principale all'interno di questa pratica. Dall'approfondimento dei dati sono emerse le implicazioni etiche riguardo al suicidio assistito: sostanzialmente ci sono le opinioni pro e quelle contro.

Parallelamente risulta una scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella pratica del suicidio assistito.

Conclusioni

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

Indice

1. Introduzione	6
1.1 Descrizione della tematica e motivazioni personali	6
2 Quadro teorico	7
2.1 Alcuni dati sul suicidio assistito in Svizzera.....	7
2.2 Definizione	9
2.3 Aspetti legali in Svizzera	9
2.4 Situazione giuridica in altri Paesi.....	10
2.5 Questioni etiche e bioetiche del fine vita	11
2.6 La morte	14
2.7 Le associazioni Svizzere che accompagnano alla morte	15
2.8 Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)	16
2.9 EOC	17
2.10 Eutanasia	18
3. Revisione della letteratura	19
3.1 Domanda e obiettivi di ricerca	19
3.2 Criteri di inclusione ed esclusione	19
3.3 Strategie di ricerca	19
3.4 Analisi dei dati	22
4. Discussione in merito al quesito di ricerca e implicazioni nella pratica infermieristica	38
5. Conclusione	44
6. Ringraziamenti	45
7. Bibliografia	46
7.1 Libri di testo.....	46
7.2 Articoli scientifici.....	47
7.3 Sitografia.....	49
8. Allegati	51
8.1 Suicidio Assistito e Cure Palliative IOSI - EOC	51

Indice dei grafici e delle tabelle

Grafico 1.....	7
Grafico 2.....	8
Grafico 3.....	8
Tabella 1.....	14
Tabella 2.....	20
Grafico 4.....	21

1. Introduzione

1.1 Descrizione della tematica e motivazioni personali

Il tema del suicidio assistito è diventato nella società odierna un settore di indagine, che insieme ad altri argomenti di rilevanza etica (come la fecondazione assistita ad esempio), ha richiamato su di sé i riflettori dell'opinione pubblica. La discussione sul suicidio assistito crea molti interrogativi nella popolazione, nonostante questo rimane un tabù di cui si sente parlare poco.

Se la morte appartiene alla natura, il morire è sempre più governabile dall'uomo: nell'epoca moderna la medicalizzazione della morte e le tecnologie sempre più avanzate hanno permesso di allungare la vita il più possibile, senza che ne corrisponda una miglior qualità della stessa e scartando il desiderio di morire che una persona può avere. Tale motivo ha spinto in me il desiderio di approfondire questo tema, sfruttando anche il fatto che in Svizzera la morte assistita è consentita. Un altro elemento che spesso sorge in un tema di rilevanza etica come questo, e che ha aumentato in me il desiderio di ampliare questo argomento, è il fatto che ci si chiede fino a che punto in uno stato democratico sia giusto vivere in una situazione di dolore e sofferenza ritenuta intollerabile dal malato terminale.

Lo scopo di questo lavoro è quello di delineare una panoramica della situazione attuale in merito a questo problema, senza negare che il tema si presenta pungente per la sensibilità di molte persone. Inoltre un altro obiettivo è quello di indagare l'implicazione infermieristica rispetto al suicidio assistito con le varie difficoltà e i limiti che insorgono, e di approfondire i risvolti etici che ne conseguono.

Ho scelto di analizzare il mio lavoro di tesi tramite una revisione di letteratura. Nella prima parte del lavoro di tesi, il quadro teorico, ha lo scopo di introdurre la tematica. Proporrò una definizione di suicidio assistito, gli aspetti legali, le questioni etiche e bioetiche, approfondirò la situazione giuridica in altri paesi in cui il suicidio assistito è permesso, e descriverò le due associazioni svizzere che supportano la morte assistita. La seconda parte è dedicata alla metodologia, ovvero al quesito di ricerca, agli obiettivi, alle strategie di ricerca e all'analisi dei dati mediante delle tabelle riassuntive. Il passo successivo volgerà all'analisi e alla discussione dei risultati ottenuti mediante la ricerca, per arrivare poi alle conclusioni comprendenti una valutazione del lavoro.

2 Quadro teorico

2.1 Alcuni dati sul suicidio assistito in Svizzera

Il tema del suicidio assistito rappresenta un argomento particolarmente sentito nella società contemporanea che suscita diversi dibattiti non solo in ambito sanitario. Infatti da molti anni si discute sul modo moralmente più accettabile di morire (Tosi-Imperatori, 2007). In Svizzera il suicidio assistito è legalizzato: le prime organizzazioni di suicidio assistito sono nate 35 anni fa (Ufficio federale di statistica, 2016).

L'ufficio federale di statistica ha registrato, nel 2014, 742 casi di suicidio assistito di persone residenti in Svizzera, pari all'1,2% di tutti i casi di morte, il 26% di casi in più rispetto al 2013. Il numero di persone che decidono di porre fine alla propria vita tramite organizzazioni come EXIT e Dignitas cresce sempre di più, e riguarda entrambi i sessi: dal 2001 le donne rappresentano la percentuale più elevata con un rapporto tra uomini e donne di 10 a 13 (Ufficio federale di statistica, 2016). Qui di seguito un grafico che rappresenta i casi di suicidio assistito tra uomini e donne dal 1998 al 2014:



Grafico 1

In svizzera tutte le persone, indipendentemente dall'età, possono richiedere assistenza al suicidio assistito, sempre che siano capaci di intendere e volere. Tra il 2010 e il 2014 si è riscontrata la percentuale maggiore di suicidio assistito nelle persone residenti nel Canton Zurigo: il 14 per mille. Nel Canton Ginevra invece il 13 per mille, Neuchâtel 12, in Appenzello Esterno 11, nel Vaud 10 e a Zugo il 9 per mille. Gli altri cantoni si collocano al di sotto della media nazionale (Ufficio federale di statistica, 2016), come mostra il grafico seguente:

Suicidio assistito per Cantone di residenza, periodo 2010–2014

G 6

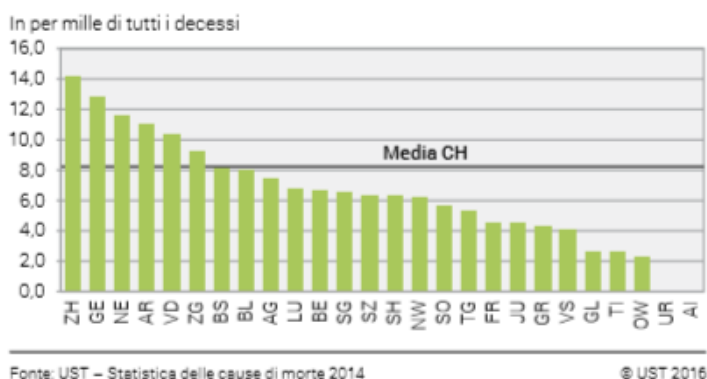
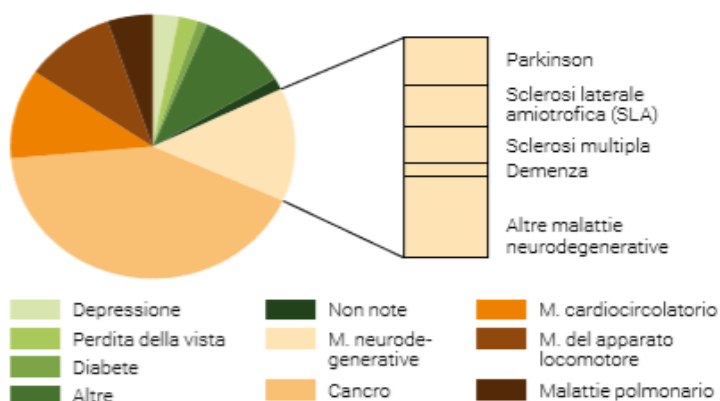


Grafico 2

Le persone che ricorrono al suicidio assistito ritengono che la loro vita, legata alla comparsa di una malattia fisica grave e letale, non sia più degna di essere vissuta. Tra le malattie più frequenti compaiono i tumori per il 42%, una malattia neurodegenerativa per il 14%, malattie cardiovascolari per l'11% e infine il 10% dei casi presenta una malattia a carico dell'apparato locomotore (Ufficio federale di statistica, 2016), come presentato nel grafico seguente nel periodo dal 2010 al 2014:

Malattie in caso di suicidio assistito, periodo 2010–2014

G 5



Nel 98,5% dei decessi è stata dichiarata una malattia concomitante.

Fonte: UST – Statistica delle cause di morte 2014

© UST 2016

Grafico 3

Dal 1995 al 2003 i casi di suicidio sono aumentati parecchio fino a rimanere costanti, mentre le persone che hanno fatto ricorso al suicidio assistito sono in continuo aumento dal 2008. Il suicidio e il suicidio assistito dipendono dall'età: infatti la maggior parte delle persone dai 75 anni in su ricorrono al suicidio accompagnato (Ufficio federale di statistica, 2016).

2.2 Definizione

Propongo di seguito due definizioni di suicidio assistito tratte dall'Associazione degli istituti sociali e di cura Svizzeri e dall'Istituto oncologico della Svizzera Italiana, Cure Palliative IOSI-EOC

“L'aiuto al suicidio (o suicidio assistito o suicidio accompagnato) indica l'atto per il quale una persona si toglie la vita, aiutata da un terzo - per esempio da organizzazioni dette d'assistenza al suicidio come Exit o Dignitas - che le procura la sostanza letale e l'accompagna alla morte, a condizione che l'atto di ingerire la sostanza letale sia eseguito dalla persona che intende suicidarsi. Nelle statistiche dell'UFS viene ritenuto “suicidio” il fatto di mettere fine ai propri giorni senza l'aiuto di un'altra persona, ciò che corrisponde all'uso corretto del termine, mentre il suicidio assistito è menzionato in maniera equivoca con l'espressione “assistenza alla morte” (Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri, 2013).

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

2.3 Aspetti legali in Svizzera

In Svizzera è permesso alle persone che soffrono di una malattia grave (ad esempio tumori, parkinson, sclerosi laterale amiotrofica (SLA), Sclerosi multipla) essere accompagnate alla morte (Repubblica e Canton Ticino, 1989). Il codice Penale Svizzero fa capo ai seguenti articoli per regolamentare il suicidio assistito:

Art. 114

Omicidio su richiesta della vittima

“Chiunque, per motivi onorevoli, segnatamente per pietà, cagiona la morte di una persona a sua seria e insistente richiesta, è punito con una pena detentiva sino a tre anni o con una pena pecuniaria.”

(In vigore dal 1° gen. 2007)

Art. 115

Istigazione e aiuto al suicidio

“Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.”

(In vigore dal 1° gen. 2007)

“Secondo la dottrina penale, vi è istigazione se qualcuno provoca in una terza persona la decisione di suicidarsi. L’istigazione presuppone inoltre la padronanza dell’atto e la responsabilità della persona nel suicidio consumato o tentato” (Commissione nazionale d’etica per la medicina, 2011).

Art. 127

Esposizione a pericolo della vita o salute altrui / Abbandono

“Chiunque espone a pericolo di morte od a grave imminente pericolo di perdita della salute una persona incapace di provvedere a se stessa e della quale egli ha la custodia o deve aver cura, ovvero l’abbandona in siffatto pericolo, è punito con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria.”

(In vigore dal 1° gen. 1990)

Queste sono le uniche leggi relative al suicidio assistito. Nel 2011 e 2012 il Consiglio federale e il Parlamento hanno stabilito che con queste basi legali è possibile individuare anticipatamente o evitare eventuali abusi, rinunciando quindi ad una regolamentazione più specifica, contribuendo inoltre con alcune misure all’affermazione del diritto di autodeterminazione. (Commissione nazionale d’etica per la medicina, 2011). Secondo la Legge Sanitaria cantonale, lo Stato promuove e salvaguarda la salute della popolazione quale bene fondamentale dell’individuo e interesse della collettività nel rispetto della libertà, dignità e integrità della persona umana (Repubblica e Canton Ticino, 1989).

Secondo la legge svizzera, il medico è obbligato a fare di tutto per far desistere il paziente dal suicidio assistito, ma ciò non significa che deve mentire o avere comportamenti che ledono la volontà della persona (Repubblica e Canton Ticino, 1989).

2.4 Situazione giuridica in altri Paesi

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

Paesi Bassi

In Olanda è in vigore una legge, l’articolo 294, in cui l’istigazione o l’assistenza al suicidio sono puniti con una pena detentiva. Nonostante ciò nel 2002 si è consolidata una normativa per cui il suicidio assistito può essere ammesso a condizione che siano soddisfatti determinati obblighi. Quindi l’articolo 294 del codice penale è stato completato da uno speciale motivo di non punibilità. I criteri di diligenza cui il medico deve fare riferimento per accompagnare un malato verso la morte sono:

- “a) il paziente ha formulato liberamente la propria intenzione dopo averci riflettuto a lungo;*
- b) lo stato del paziente è senza via d’uscita e i suoi dolori insopportabili;*
- c) il medico ha discusso con il paziente della sua situazione e delle prospettive possibili;*
- d) paziente e medico sono giunti insieme alla conclusione che viste le circostanze non vi sono altre soluzioni;*
- e) il medico ha consultato almeno un altro medico indipendente;*
- f) l’eutanasia o l’assistenza al suicidio è stata applicata con le necessarie precauzioni mediche”* (Commissione nazionale d’etica per la medicina, 2011).

Per ogni caso di assistenza al suicidio, sono incaricate cinque commissioni regionali ad esaminarli (Emanuel, 2017).

Belgio

In Belgio è stata approvata nel 2002 una legge che disciplina e autorizza l'eutanasia e il suicidio assistito. L'eutanasia non è perseguibile se il paziente:

*“a) al momento della richiesta sia maggiorenne e capace di discernere
b) abbia preso la decisione liberamente, l'abbia ponderata ed espressa ripetutamente
c) presenti un quadro clinico senza speranza e soffra di dolori cronici fisici e psichici insopportabili. Questi principi materiali sono completati e precisati da altri presupposti e prescrizioni procedurali (doveri di informazione e di consultazione, limiti temporali, registrazione, ecc.)”* (Commissione nazionale d'etica per la medicina, 2011).

Nel 2014 il parlamento Belga ha esteso le leggi sull'eutanasia ai bambini di qualsiasi età che soffrono di una malattia terminale.

In Belgio, esiste un comitato federale per il controllo e la valutazione dei casi di suicidio assistito per stabilire se i medici hanno rispettato tutte le procedure di assistenza (Emanuel, 2017).

Stati Uniti

A partire dal 2016 il suicidio assistito è legale in quattro stati: Oregon, Vermont, Washington e California. In Oregon il suicidio assistito è in vigore dall'anno 1997 ed è stato legalizzato tramite un referendum, mentre a Washington è stato reso legale tramite un'iniziativa nel 2009, a Vermont dal 2013 tramite un'azione legislativa e in California dal 2015 sempre grazie a un'azione legislativa (Emanuel, 2017).

Lussemburgo:

Nel 2009 il Lussemburgo ha legalizzato l'eutanasia e il suicidio assistito, per adulti e bambini sopra i 12 anni. I medici che svolgono queste due pratiche non sono perseguibili legalmente purché: abbiano prima consultato un altro collega per accertarsi che il paziente soffra di una malattia terminale, grave e incurabile, e il malato abbia richiesto il diritto di morire (Emanuel, 2017).

Canada

Dal 2016 è entrata in vigore anche in Canada una legge che regola il suicidio assistito. La Corte ha stabilito infatti che la criminalizzazione del suicidio assistito nega la libertà dell'individuo. Le condizioni per cui un paziente può essere accompagnato alla morte sono: avere una malattia medica grave ed irrimediabile con sofferenza intollerabile, deve fare volontariamente la richiesta di suicidio assistito e deve essere capace di intendere e di volere (Emanuel, 2017).

2.5 Questioni etiche e bioetiche del fine vita

In ambito sanitario è fondamentale rispettare le regole che vigono ovvero facendo capo all'etica deontologica, infatti conoscendo le leggi si può capire se un atto è deontologicamente giusto o meno e comportarsi di conseguenza (Repubblica e Canton Ticino, 1989).

Il lavoro dell'infermiere è basato sul rispetto del Codice Deontologico, e ha lo scopo di promuovere la salute e ristabilirla, prevenire la malattia e alleviare la sofferenza. Il Codice Deontologico stabilisce le norme dell'agire professionale e ne definisce i principi che compongono il sistema etico all'interno della relazione curante-assistito. Quindi si distingue tra la bontà tecnica (capacità e/o competenza nel fare bene un certo intervento) e la bontà morale (che oltre al saper svolgere in modo competente un intervento

presuppone che esso sia “buono” anche secondo i criteri morali) (Mori, 2012). Per questo il codice deontologico rappresenta il cuore di una professione, in quanto le sue linee guida regolano e guidano la vita professionale e decretano la posizione della professione rispetto alla società. L’infermiere è un soggetto attivo, che opera in prima persona con autonomia di scelta e responsabilità in cui il rispetto dei diritti dell’uomo e dei principi etici è fondamentale per assistere e curare la persona (Consiglio Internazionale degli Infermieri, 2012).

Questa capacità permette al curante di riflettere criticamente sugli avvenimenti, identificandone i valori, conoscere le norme, confrontarle con altre situazioni che incontra ed essere in grado di agire eticamente secondo i suoi valori (Cattorini, 2011, p. 137).

Secondo il Professore Maurizio Mori l’etica infermieristica è *“l’insieme dei valori e delle norme che presiedono e regolano la condotta di chi è deputato a fornire al malato l’assistenza sanitaria richiesta per i suoi bisogni individuali”* (Mori, 2012). Inoltre noi come curanti siamo confrontati da due tipi di etiche: l’etica professionale e l’etica generale. Quella professionale fa sorgere i valori e i doveri di ruolo, che discendono dall’appartenenza al gruppo di professionisti, mentre quella generale è l’etica che ci porta a chiarire le cose per il bene collettivo (Mori, 2012).

È importante sapere i principi etici che stanno alla base dell’attività infermieristica: principio di autonomia, principio di beneficenza/non maleficenza, principio di giustizia, principio di integrità morale della professione (Cattorini, 2011).

Il principio di rispetto per l’autonomia del malato vede la libertà di scelta da parte della persona, il rispetto delle sue decisioni e la considerazione delle sue richieste, mettendolo nelle condizioni di farlo. In caso non avvenga si lede il suo principio di autodeterminazione (Cattorini, 2011).

Il dovere di beneficenza si propone di fare del bene al malato promuovendo il suo benessere, alleviando la sofferenza, prevenire possibili danni mentre il dovere di non maleficenza è volto solo a non recare danni al malato senza andare oltre. Il paziente spesso sa quale sia il suo bene o il suo male, il compito dell’infermiere è quello di indirizzarlo alla scelta migliore per lui, orientando l’assistenza verso il malato (Cattorini, 2011).

Il principio di giustizia, che è enunciato anche nel Codice Deontologico, richiede che si valutino le ricadute, le conseguenze sociali di una decisione clinica. Tale principio si basa sull’obbligo di una giusta distribuzione dei benefici, dei rischi e dei costi (Cattorini, 2011).

Il principio di integrità morale della professione, esige che si agisca consapevolmente come professionisti delle cure secondo coscienza e scienza. Il curante non è quindi solo erogatore di cure, ma una persona che ha valide posizioni morali che può quindi obiettare secondo le proprie ragioni etiche (Cattorini, 2011).

All’interno di un tema di rilevanza etica come il suicidio assistito ci sono le persone a favore e le persone contro questa pratica (vedi tabella sottostante). A favore del suicidio assistito ci sono tre principi etici in rilievo: l’autodeterminazione, il “diritto di morire” e il principio del gesto caritatevole (Commissione nazionale d’etica medica, 2011).

Il principio dell’autodeterminazione riconosce al paziente il principio di autonomia, di decidere quindi della propria morte. Il “diritto di morire” è strettamente collegato al principio di autodeterminazione: *“il soggetto moderno fondamentalmente libero nelle sue scelte personali, rivendica il controllo sulla propria vita e sulla propria morte”* (Commissione nazionale d’etica medica, 2011).

Il principio del gesto caritatevole riguarda l’obbligo dei medici di lenire le sofferenze o evitarle, per il bene del paziente.

Gli oppositori dell'accompagnamento alla morte sostengono invece tre argomenti: la sacralità della vita, l'integrità professionale e l'argomento del pendio scivoloso (Commissione nazionale d'etica medica, 2011).

Riguardo al primo principio della sacralità della vita, ci si riferisce al fatto che il dovere del medico è quello di prolungare la vita il più possibile e che la vita è considerata sacra. Secondo il principio dell'integrità morale il suicidio assistito è in contrapposizione con il ruolo sociale, morale e professionale del medico: il suo compito è quello di guarire (Commissione nazionale d'etica medica, 2011).

Con la metafora del pendio scivoloso si sostiene che permettere o accettare una certa situazione, comporterebbe un inevitabile scivolamento verso un risultato ritenuto negativo. Ad esempio se si accetta un solo caso di eutanasia, questo porta alla generalizzazione di pratiche che consentono la morte di persone con gravi disabilità. (Commissione nazionale d'etica medica, 2011).

Un altro argomento a cui si ricorre per opporsi alla legalizzazione del suicidio assistito, è che l'assistenza medica in questa pratica inciderebbe negativamente sul rapporto medico-paziente, perché l'assistenza al suicidio assistito potrebbe essere richiesta come prestazione medica (Borasio, 2015).

La tabella sottostante riassume i diversi punti di vista: (Journal of hospice and palliative nursing, Vol. 6, No. 1, January-March 2004), mia traduzione dal testo originale in inglese).

<u>Principi Bioetici</u>	<u>Argomenti a favore del suicidio assistito</u>	<u>Argomenti contro il suicidio assistito</u>
Autonomia: "rispetto per le scelte individuali"	I pazienti hanno il diritto di prendere le proprie decisioni per preservare la libertà di scelta e la dignità umana.	Onorare la sacralità della vita prevale sul diritto degli individui di scegliere come e quando moriranno. L'autonomia non include il diritto di coinvolgere gli altri (ad esempio, medici) in atti immorali.
Beneficenza "fare del bene"	Assistere un paziente sofferente a mantenere il controllo e terminare la sua sofferenza è un misericordioso (benefico) atto etico.	L'aiuto a morire costituisce abbandono.
Integrità morale della professione Maleficenza "non nuocere"	L'incapacità (o il rifiuto) di alleviare le sofferenze distrugge la fiducia tra il medico e il paziente.	Assistere un paziente a morire distrugge la fiducia e viola le tradizioni etiche dei professionisti sanitari.

Conseguenze sociali "pendio scivoloso"	Siamo in grado di fornire garanzie per assicurare la pratica etica della morte assistita; la morte assistita avviene già, senza alcuna garanzia	L'argomento "pendio scivoloso": c'è il rischio di gruppi vulnerabili (ad esempio gli anziani), potrebbero sentirsi in dovere di chiedere aiuto a morire per evitare di essere un "peso" per la famiglia e / o la società
--	---	--

Tabella 1

2.6 La morte

L'infermiere ha a che fare con la morte quasi tutti i giorni: nell'arco del suo percorso professionale si trova ad affrontare realtà inerenti alla morte ed il morire, non solo di chi muore ma anche quella di chi gli sta accanto, e inoltre la propria cioè la paura della propria morte. Il fatto di interagire con persone ricoverate allo stadio terminale, richiede una modalità di approccio diverso rispetto ad altre situazioni cliniche. Questo particolare approccio dovrebbe dare la possibilità alle persone che stanno attraversando questo momento della loro vita, di poter affrontare l'evento della morte nel modo più "umano" possibile evitando la solitudine. Durante la fase finale di vita l'infermiere ha la possibilità di garantire uno scambio importante con i familiari del malato, creando un'intensa relazione con il paziente e il suo entourage familiare (Bianchi, 2017).

Perché quindi fa paura parlare della morte?

Per molti infermieri il confronto con questa tipologia di tematica è difficile perché si sentono inadeguati ad affrontare con competenza e professionalità questo evento che riguarda la persona assistita. Un fattore che ostacola l'infermiere è quello di non avere una preparazione adeguata che permette di soddisfare i bisogni richiesti in un momento così delicato come la fine della vita. Un altro fattore che può ostacolare un operatore sanitario è il proprio vissuto: un'esperienza negativa può creare delle barriere nel momento in cui si trova a dover assistere una persona nella fase finale di vita (Bianchi, 2017).

La morte e la nascita sono gli unici avvenimenti comuni non solo agli uomini, ma a tutti gli esseri viventi. Sono ambedue processi fisiologici per i quali la natura ha predisposto misure peculiari perché si svolgano nel modo migliore: questo avviene quando vengono ostacolate il meno possibile da provvedimenti medici (Borasio, 2015).

La morte resta comunque un grande mistero, un punto interrogativo che è riposto nell'intimità più profonda. La morte procura angoscia perché non sappiamo cosa ci sia dopo di essa: esiste un aldilà? Dove vanno quelli che ci lasciano? Sono alcune domande dolorose per molte persone, che spesso soffochiamo con l'idea di riproporcele dopo, quando saremo anziani. Viviamo quindi in un mondo che ha paura della domanda "come morire?" (De Hennezel, 2000).

2.7 Le associazioni Svizzere che accompagnano alla morte

Da decenni ormai in Svizzera le associazioni Exit e Dignitas si impegnano in favore del diritto all'autodeterminazione nell'ultima fase della vita garantendo un importante aiuto alle persone che soffrono.

Dignitas

L'associazione Dignitas - vivere/morire degnamente -, è stata fondata nell'anno 1998 a Forch, Zurigo. Dignitas ha aiutato più di 1'700 persone a terminare volontariamente la propria vita in modo sereno e sicuro, garantendo la presenza di amici e/o familiari per chi lo desiderasse. Non ha aiutato soltanto persone residenti in svizzera: *“dato che il desiderio di una persona di poter porre un termine alla propria vita è un diritto dell'uomo riconosciuto dal Tribunale Federale Svizzero e dalla Corte Europea dei Diritti dell'Uomo e protetto dall'articolo 8 della Convenzione Europea per la salvaguardia dei Diritti dell'Uomo e delle libertà fondamentali, le persone interessate non devono essere in alcun modo discriminate, quindi nemmeno per la loro residenza”* (Dignitas, 2014).

L'organizzazione non ha scopo di lucro, il suo fine è quello di garantire ai suoi membri una vita e una morte dignitose, assicurando nel limite del possibile un sostegno adatto alle necessità di ogni persona.

Il punto centrale che ruota attorno a Dignitas è l'atteggiamento liberale: in uno Stato liberale ogni persona ha diritto alla propria libertà fintanto che non leda gli interessi altrui (Dignitas, 2014).

Per potere usufruire dell'accompagnamento alla morte volontaria, è necessario essere membri di Dignitas, in grado di compiere azioni fisiche minime (per poter prendere la sostanza letale) e con capacità di discernimento. Inoltre il membro deve possedere una malattia incurabile e quindi con esito mortale, avere un handicap intollerabile e/o soffrire di dolori insopportabili. Per ragioni giuridiche il malato dovrà autosomministrarsi il farmaco letale, altrimenti Dignitas non può essere d'aiuto (Dignitas, 2014).

In tutti questi anni Dignitas ha aiutato ad accompagnare alla morte persone dalla Svizzera, Francia, Spagna, Austria, Italia, Inghilterra, Israele, Libano, Grecia, dagli USA e da altri paesi. Non solo ha condotto le persone verso la morte: alcuni membri hanno cambiato idea scegliendo di continuare a vivere. Infatti Dignitas, nel momento in cui una persona fa richiesta per il suicidio assistito, indica delle soluzioni per migliorare la propria qualità di vita, dei miglioramenti alla terapia e/o una proposta di cambiamento dell'ambiente sociale (Dignitas, 2014).

Exit

Exit è un'associazione nata nel 1982 con sede centrale a Zurigo (conta 98'000 membri circa). Dispone inoltre di due uffici esterni uno a Berna e l'altro in Ticino, a Giubiasco (conta circa 2'000 membri). Nella Svizzera Francese, a Ginevra, ha sede l'“Association pour le Droit de Mourir dans la Dignité” che è la consorella di Exit e conta circa 25'000 membri. L'obiettivo principale di questa organizzazione è quella di assistere i cittadini che soffrono di patologie gravi ed irreversibili, clinicamente accertate, e accompagnarli alla morte. Si propone quindi di accompagnare i malati al fine vita in modo umano, dignitoso e senza atroci sofferenze (Exit, 2015).

La filosofia dell'organizzazione Exit vuole garantire ad ogni cittadino la miglior qualità di vita, il più a lungo possibile e va quindi protetta e assicurata in tutti i modi: la vita è un dono prezioso. Quando subentra una malattia grave e non più curabile, la persona ha il diritto di poter decidere di porre fine alle sue sofferenze in modo umano e dignitoso. Si impegna anche a favore dell'autodeterminazione, cioè la capacità di scegliere

liberamente, in modo autonomo e dignitoso, tenendo ben presenti le conseguenze che scaturiscono dalle proprie decisioni. In tutto questo Exit rimane sempre neutrale da un punto di vista politico ed ideologico (Exit, 2015).

L'organizzazione non è a scopo di lucro, per i membri i servizi sono gratuiti, ed è sostenuta attraverso i soci e donazioni libere di persone, enti giuridici e pubblici e fondazioni.

Per potere usufruire dell'accompagnamento alla morte volontaria, è necessario essere un membro di Exit, soffrire di una malattia incurabile, possedere dolori insopportabili oppure avere una menomazione intollerabile. La persona deve inoltre essere capace di intendere e volere, avere il desiderio di morire consapevolmente, assumendosene la responsabilità (Exit, 2015).

Gli assistenti al suicidio sono volontari con grande esperienza, spesso provengono da settori sociali o sanitari e seguono formazioni continue (Exit, 2015).

Exit Svizzera italiana (con sede in Ticino) collabora con le Associazioni Lifecircle-Eternal Spirit di Basilea, Ex International di Berna e Dignitas per tutto ciò che riguarda l'assistenza e l'accompagnamento alla morte volontaria assistita. Inoltre combatte insieme alla "Word Federation of the Societies for the Right to Die with Dignity" per la legalizzazione dell'eutanasia in tutto il mondo e coopera con gli stranieri per garantire in futuro una legge che disciplini l'eutanasia nel proprio Paese. Sostiene anche la prevenzione per evitare i suicidi non dignitosi e violenti (Exit, 2015).

2.8 Accademia Svizzera delle Scienze Mediche (ASSM)

Le direttive dell'Accademia Svizzera delle Scienze Mediche riguardo al suicidio assistito, precisano in primo luogo che il dovere del medico consiste nell'alleviare i sintomi e fornire assistenza ai pazienti che ha in cura. Un altro dovere è quello di lenire fin dove possibile, le sofferenze che potrebbero generare eventuali intenti suicidari (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006).

Le disposizioni riconoscono però che in alcune situazioni estreme, possono nascere dei conflitti complessi da chiarire: da una parte l'aiuto al suicidio non compete nelle attività del medico, dall'altra ha il dovere di rispettare sempre le volontà del paziente. In determinate situazioni limite il medico può quindi soddisfare la volontà di una persona che richiede l'aiuto al suicidio, avendo sempre il diritto di rifiutare tale richiesta (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006).

Si tratta di una decisione personale di coscienza che deve essere dimostrata e deve rispettare alcune condizioni: la malattia del paziente ha esito mortale, le opportunità di cura alternative sono state espresse, il paziente è capace di intendere e volere ed ha espresso il desiderio di porre fine alla sua vita. L'ultimo atto che procura la morte va compiuta in ogni caso dal paziente (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006).

2.9 EOC

“In questo documento è descritta le modalità di assistenza offerta dalle Cure Palliative IOSI-EOC ad un paziente nel caso chiedo informazioni generali in merito alla morte assistita o intenda attivamente avvalersi del suicidio assistito per morire.

I principi fondamentali che hanno guidato la riflessione in seno al Centro di Cure Palliative IOSI-EOC possono essere riassunti nelle affermazioni seguenti.

Il personale delle cure palliative IOSI-EOC:

- *Garantisce equità di presa in carico, scevra da pregiudizi.*
- *Agisce nel rispetto della scelta del paziente, basata sui valori della persona malata, fondati sull'autodeterminazione, sulla decisione informata in merito al luogo di cura e di morte prescelto e in coerenza con la biografia della persona malata.*
- *Salvaguarda la benevolenza tramite l'informazione alla persona malata in merito alle cure ed ai trattamenti possibili, l'attivazione ed il sostegno dei meccanismi propri della persona atti a fronteggiare la situazione presente e futura, la prioritizzazione del comfort e l'umanizzazione delle cure.*
- *Mantiene un dialogo aperto in merito al suicidio assistito e aderisce al principio di non abbandono, nel rispetto reciproco della relazione significativa tra curante e paziente.*
- *Chiede rispetto per i valori dei professionisti e dell'istituzione in cui la persona malata è accolta, offrendo al paziente di essere seguito da professionisti che possano accompagnarlo nella scelta del suicidio assistito, interfacciandosi con eventuali strutture esterne scelte dal paziente.*
- *Offre ascolto attento dei bisogni della famiglia, in accordo con il paziente, e sostegno nel processo di presa di decisione ed in seguito nel lutto” (Istituto oncologico della Svizzera Italiana, 2016)*

“Il paziente, se lo desidera, può esprimere liberamente ai suoi curanti il suo interesse riguardo le possibilità di morte assistita e/o la sua intenzione di perseguire un suicidio assistito, senza timore di essere vittima di pregiudizi. I curanti sono a sua disposizione per fornire informazioni inerenti le differenti scelte possibili, offrendo ascolto ed assistenza anche alle famiglie, previo consenso del paziente.

Le cure palliative IOSI-EOC non hanno una visione dogmatica sul suicidio assistito e continuano ad accompagnare il paziente nel suo percorso di malattia. Le cure palliative IOSI-EOC garantiscono al personale obiettore di coscienza ascolto e rispetto della propria posizione, offrendo allo stesso tempo al paziente la possibilità di essere seguito da personale curante non obiettore.

Il suicidio assistito non è attuabile all'interno delle strutture dello IOSI.

L'apertura al dialogo ed il rispetto del principio di non abbandono guidano il personale nella relazione terapeutica in ogni situazione, concordando con il paziente nella specificità dei singoli casi i ruoli, i compiti e gli obiettivi di cura” (Istituto oncologico della Svizzera Italiana, 2016).

2.10 Eutanasia

Il termine *eutanasia* deriva dal greco, significa buona morte e si differenzia dal suicidio assistito in quanto non è mai il morente ad avere padronanza dell'atto, ma una terza persona (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006). Si distingue in eutanasia diretta, indiretta e passiva.

Eutanasia attiva diretta

Avviene quando si pratica un'azione intenzionale volta a porre fine alla vita della persona ad esempio tramite un'iniezione letale. Secondo il codice penale è punibile come omicidio (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006). A rigide condizioni ai medici è consentita praticarla in Belgio, Olanda e Lussemburgo (Dignitas).

Eutanasia attiva indiretta

Si tratta di azioni rivolte ad accelerare il processo di morte ad esempio somministrando analgesici come la morfina, accorciando quindi la vita della persona. Questa forma di eutanasia non è regolata in modo esplicito dalla legge, ma secondo la dottrina penale è ammissibile come ultima risorsa nel momento in cui non ci sia altro metodo analgesico valido, ed è praticata in tutto il mondo (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006).

Eutanasia passiva

L'interruzione o la rinuncia di terapie che potrebbero mantenere in vita una persona, come per esempio la respirazione assistita o l'alimentazione artificiale. Si sceglie quindi di non interferire nel processo che porta alla morte del paziente.

Nel momento in cui il paziente richiede esplicitamente che il trattamento venga sospeso o lo rifiuta, il medico curante non è punibile per omissione siccome non avrebbe il consenso del paziente per proseguire il trattamento (Dipartimento federale di giustizia e polizia, 2006).

3. Revisione della letteratura

Ho scelto di analizzare il mio lavoro di tesi tramite una revisione di letteratura. Per revisione si intende una sintesi critica di lavori approvati e pubblicati su un determinato argomento che in ambito sanitario ricopre una funzione fondamentale, con l'obiettivo di aggiornare su uno specifico argomento (Brugnolli; Saiani, 2010).

Nei capitoli successivi verranno presentati i procedimenti che costituiscono la revisione di letteratura.

3.1 Domanda e obiettivi di ricerca

Rispetto al tema d'interesse, ho deciso di concentrarmi sulla mia professione focalizzandomi quindi sulla figura dell'infermiere. È stata formulata la seguente domanda di ricerca:

Quali sono le implicazioni delle cure infermieristiche rispetto al suicidio assistito?

Dalla domanda sono emersi elementi utili a formulare degli obiettivi di ricerca:

- Riconoscere le diverse implicazioni etiche per l'infermiere rispetto al dibattito del suicidio assistito
- Ricercare ed esaminare quali potrebbero essere le difficoltà per un infermiere nell'accompagnamento al suicidio assistito
- Esplorare i limiti che caratterizzano la pratica infermieristica nell'ambito della morte assistita

3.2 Criteri di inclusione ed esclusione

Criteri d'inclusione e di esclusione:

- Anni di pubblicazione degli articoli: 2002-2017
- Contesto ospedaliero
- Campione di ricerca: ambito infermieristico
- Lingua italiana, inglese, francese
- Pertinenza con gli obiettivi

Criteri di esclusione:

- Ambito pediatrico

3.3 Strategie di ricerca

La revisione è costituita dalla ricerca effettuata in quattro banche dati: Pubmed, Science direct (Elsevier), Cinhal (Ebsco), Ovid. Ho utilizzato delle "keywords" (asisted suicide, nurse's role, end-of-life, physician assisted suicide, assisted death, ethics) associate all'operatore booleano AND.

Per scegliere gli articoli che rispondessero alla mia domanda di ricerca, ho eseguito un'attenta lettura ricercando gli obiettivi da me prefissati e i criteri di inclusione sopracitati.

Banche dati	Stringhe di ricerca	Filtri
Pubmed	Assisted suicide and nurse's role Assisted Death and Nurses roles Physician assisted suicide in switzerland	Anno 2002-2017
Science direct (Elsevier)	Switzerland and assisted suicide End-of-life and etics	Anno 2002-2017
Cinhal (Ebsco)	Assisted suicide and ethics Physician assisted suicide	Anno 2002-2017
Ovid	Assisted suicide	Anno 2002-2017

Tabella 2

Ho iniziato la mia ricerca sulla banca dati "Pubmed" usando le keywords precedentemente riportate, applicando dei criteri di limitazione come l'anno di pubblicazione dal 2002 in poi e ricercando solo gli articoli con full text. Da qui ho trovato 418 articoli e di questi ne ho presi in considerazione 43.

Ho effettuato poi delle ricerche nelle altre banche dati "Cinhal" e "Ovid" con keywords un po' differenti. Dalla prima indagine sono risultati 1'481 articoli e ne ho scelti 18, mentre nella seconda banca dati ho selezionato 20 articoli dei 256 trovati. Infine ho approfondito la ricerca utilizzando la banca dati "Science direct" dove ho trovato 2'071 articoli e ho scelto di prenderne in considerazione 10. Per tutte le ricerche effettuate ho messo il limite di pubblicazione dal 2002 ad oggi.

Dopo un'attenta lettura degli articoli ho scelto di esaminarne 15 perché rispecchiano tutti i criteri da me prefissati.

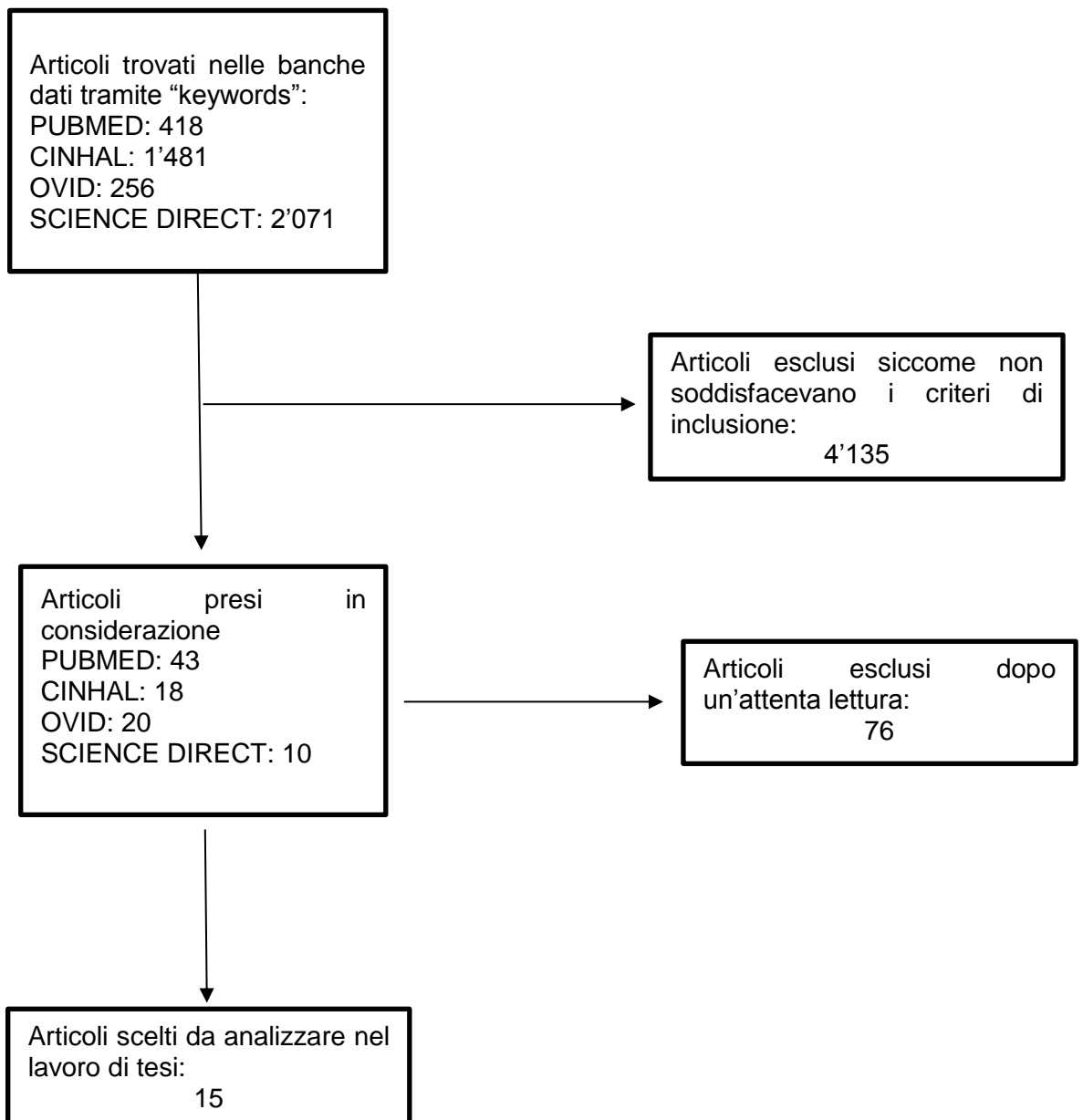


Grafico 4

3.4 Analisi dei dati

Gli articoli considerati validi, sono stati riordinati in una tabella riassuntiva con lo scopo di organizzare i dati in maniera chiara e ordinata in modo da procedere alla stesura dell'analisi. La tabella è stata suddivisa attraverso i seguenti punti: "Autori/ Anno di pubblicazione/ Titolo/ Rivista", "Campione/Popolazione/ Contesto", "Scopo dello studio", "Metodologia/Strumenti di misura", "Risultati principali", "Limiti".

Autori/ Anno di pubblicazione/ Titolo/ Rivista	Campione/ Popolazione/ Contesto	Scopo dello studio	Metodologia/ Strumenti di misura	Risultati principali	Conclusioni
Monteverde, S. (2017). <i>Nursing and assisted dying: Understanding the sounds of silence.</i> Nursing Ethics.	Professionisti sanitari, in particolare personale infermieristico.	Lo scopo di questo articolo è quello di proporre una breve sintesi dal punto di vista dell'etica infermieristica alla luce di cambiamenti legislativi attuali e potenziali a livello globale.	Non è nota la metodologia.	Non noti.	La legge svizzera permette il suicidio assistito, tuttavia mancano standard uniformi di assistenza che definiscano il ruolo degli infermieri nel rispondere ai pazienti che chiedono assistenza per morire. Si riscontra ovunque un coinvolgimento emozionale degli infermieri nell'assistenza ai pazienti che esprimono il desiderio di poter morire. Parallelamente c'è una

					scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella definizione di politiche che supportino l'autonomia dei pazienti per prendere decisioni e affrontare allo stesso modo le molteplici fonti di vulnerabilità.
Ersek, M. (2004). <i>The Continuing Challenge of Assisted Death</i> . Palliative Nursing.	Personale sanitario negli Stati Uniti.	Lo scopo di questo articolo è quello di definire le posizioni etiche all'interno del suicidio assistito.	Non è nota la metodologia.	Principi etici alla base del suicidio assistito: <ul style="list-style-type: none"> - Principio di autonomia. I sostenitori dicono che i pazienti hanno il diritto di prendere le proprie decisioni, gli oppositori sostengono che l'autonomia non include il diritto di coinvolgere gli altri (es i medici). - Principio di beneficenza: i sostenitori sostengono che terminare la sofferenza del paziente è un atto 	Gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza delle persone alla fine della vita. Questi ruoli implicano la valutazione e la gestione del dolore, affrontare i bisogni psico-spirituali, aiutare le famiglie e i pazienti ad articolare i propri valori, obiettivi e credenze che influenzano le decisioni prese nel fine vita. Purtroppo non c'è una guida per la morte assistita, e gran parte della letteratura si concentra sul ruolo dei medici e non degli

				<p>benefico, al contrario gli oppositori dicono che l'aiuto a morire costituisce abbandono.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Principio di integrità morale della professione: le persone a favore dicono che il rifiuto di alleviare le sofferenze distrugge la fiducia tra medico e paziente, gli oppositori sostengono che aiutare a morire un paziente distrugga la fiducia. - Conseguenze sociali: i sostenitori dicono che la morte assistita avviene già senza alcuna garanzia, gli oppositori: c'è il rischio che persone vulnerabili si sentano in dovere di chiedere aiuto per morire al fine di non essere 	<p>infermieri, nonostante molti di loro, in diverse aree geografiche e cliniche ricevono richieste di aiuto per morire.</p>
--	--	--	--	--	---

				un peso per la società.	
Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., De Casterlé, B.D. (2010). <i>Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study</i> . Journal of Clinical Nursing.	Personale infermieristico di nove ospedali del Belgio.	Lo scopo di questo studio è quello di descrivere l'importanza della comunicazione durante il processo di assistenza alla morte con malati terminali, dal punto di vista del personale infermieristico.	Analisi di 18 interviste approfondite e semi-strutturate con infermieri di nove diversi ospedali del Belgio. Le interviste si sono svolte durante un periodo di 20 mesi nel 2005-2006.	La cosa più importante nella comunicazione è l'ascolto attivo: ascoltare attentamente, percepire segnali, dare l'opportunità ai pazienti di parlare. Un altro elemento importante è fornire informazioni sulla sua situazione, evitando di nascondersi qualcosa. È fondamentale che l'infermiere abbia delle caratteristiche quali l'apertura mentale, l'affidabilità, la pazienza e dovrebbe creare un clima di serenità. La comunicazione tra infermiere e paziente consiste nel dialogare, fornire informazioni, consigliare, mediare, creando un clima equilibrato ed evitando commozione, panico, ansia.	La comunicazione è per gli infermieri uno strumento chiave nella gestione dei pazienti che hanno bisogno di assistenza nel morire. Il processo comunicativo è complesso e difficile perché è intensificato dal peso morale e psicologico del tema e dal suo impatto, nonché dal periodo relativamente breve in cui si svolge il tutto. È necessario quindi un'istruzione infermieristica, linee guida professionali e un contesto ospedaliero valido.

<p>Ersek, M. (2005). <i>Assisted suicide: Unraveling a complex issue</i>. Nursing 2005.</p>	<p>Personale infermieristico.</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è quello di approfondire i pro e i contro del suicidio assistito.</p>	<p>Non è nota la metodologia.</p>	<p>I medici, gli esperti di etica e gli esperti legali continuano a dibattere se il suicidio assistito sia giustificabile. È interessante notare che le argomentazioni di entrambe le parti si appoggino sugli stessi principi morali:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Autonomia: i sostenitori argomentano dicendo che i pazienti dovrebbero avere il diritto di decidere per la propria vita; gli oppositori argomentano che il diritto di decidere non si estende a terzi di assisterli nella morte. - Beneficenza: per i sostenitori, aiutare a morire è un atto compassionevole, mentre per gli oppositori aiutare qualcuno a morire non è un atto benevolo. 	<p>Ad oggi non c'è una guida chiara per gli infermieri che si occupano di pazienti che richiedono il suicidio assistito. Una certezza è che se gli infermieri sono contro la morte assistita, ma è legale nel paese in cui lavorano, hanno comunque il diritto di rifiutarsi di eseguire questa procedura. Una possibilità sarebbe quella di delegare a un collega la continuità delle cure. Inoltre gli infermieri devono accettare la volontà dei pazienti. Come tutti i problemi etici nella pratica infermieristica, il suicidio assistito richiede agli infermieri di riflettere attentamente sui loro credi in luce ai principi etici, ai codici professionali e alle leggi.</p>
---	-----------------------------------	--	-----------------------------------	--	--

				<ul style="list-style-type: none"> - Non-maleficenza: i sostenitori credono che rifiutare di aiutare un paziente a morire sia uguale ad abbandonarli; gli oppositori credono che offrire assistenza a morire non sia compatibile con il ruolo di infermiere. 	
<p>Goligher, E.C., Wesley, E., Sulmasy, D.P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A.E., Patel, B.M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D.B., Downar, J. (2017). <i>Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues</i>. Critical Care Medicine.</p>	Unità di terapia intensiva.	Lo scopo di questo studio è quello di esplorare le questioni etiche fondamentali in relazione al suicidio assistito dalla prospettiva di professionisti sanitari.	Non è nota la metodologia.	<p>Sono emerse quattro questioni che sottolineano le aree etiche più importanti per valutare il suicidio assistito:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il beneficio o il danno della morte stessa. - La relazione tra il suicidio assistito ed eutanasia e trattenere o interrompere il supporto vitale. - La morale dei medici che causano liberamente la morte. 	Non note.

				- La gestione di obiezioni coscienziose connesse al suicidio assistito nell'unità di terapia intensiva.	
Elmore, J., Wright, D.K., Paradis, M. (2016). <i>Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research.</i> Nursing Ethics.	Infermieri olandesi.	Lo scopo di questo studio è quello di capire le esperienze che vivono gli infermieri nell'assistere i pazienti che hanno richiesto la morte assistita.	Sintesi di studi sulle esperienze degli infermieri che hanno assistito a casi di suicidio assistito. Sono stati usati i database CINHALL, Medline, EMBASE, Joanna Briggs Institute EBP Database.	Gli infermieri prendono le richieste di morte assistita molto seriamente mostrando spesso un atteggiamento responsabile sia a livello personale, ed assicurandosi che i pazienti ricevano tutte le cure necessarie. Alcuni infermieri esprimono che è loro la responsabilità di fornire cure ottimali al fine di far cambiare idea ai pazienti. Altri riferiscono che la responsabilità è caratterizzata dal desiderio di assicurare un'assistenza ottimale per garantire un fine vita sereno. Molti infermieri esprimono interesse nel supporto della famiglia durante e dopo la morte assistita. Inoltre il tempo	Gli infermieri ricoprono un ruolo essenziale nell'assistenza di pazienti che richiedono la morte assistita. Essi sono descritti come difensori e mediatori, che facilitano la comunicazione tra il medico, il paziente e la famiglia. Per comprendere meglio il significato etico di questa pratica, la loro esperienza dovrebbe essere messa in primo piano.

				<p>disponibile per i pazienti è ritenuto molto importante così come l'esperienza che un infermiere possiede. La fede religiosa è la fonte principale di opposizione alla morte assistita. La collaborazione con i medici può condizionare l'esperienza degli infermieri.</p>	
<p>Burkhardt, S., Macias, A., Jousset, N., La Harpe, R. (2015). <i>Assistance au suicide: expérience et débats en Suisse</i>. Médecine & Droit.</p>	<p>Non noto.</p>	<p>Lo scopo di questo articolo è quello di offrire una panoramica del suicidio assistito in Svizzera.</p>	<p>Non è nota la metodologia.</p>	<p>I casi di persone che ricorrono al suicidio assistito sono in costante aumento (50 casi nel 1998, 300 casi nel 2009). È importante sottolineare che questa pratica fa parte di una minima parte di tutti i decessi in Svizzera (0,48%) L'assistenza al suicidio è quasi unicamente praticata dalle associazioni, quindi risulta supervisionato, permettendo di abbassare i tassi di suicidio cruenti. L'aumento di suicidi assistiti nelle persone anziane senza malattie mortali ma che soffrono di più patologie invalidanti, è</p>	<p>Non note.</p>

				<p>probabilmente il riflesso della qualità dei trattamenti curativi. Questa evoluzione necessita tuttavia una sorveglianza accurata.</p>	
<p>Stokes, F. (2017). <i>The Emerging Role of Nurse Practitioners in Physician-assisted Death</i>. Journal for Nurse Practitioners.</p>	<p>Personale infermieristico in America.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di esplorare il ruolo dell'infermiere all'interno del suicidio assistito.</p>	<p>Non è nota la metodologia.</p>	<p>Negli ultimi 20 anni l'1%-18% degli infermieri hanno fornito o prescritto farmaci a un paziente essendo consapevoli che egli era intenzionato a farne uso o ad accelerare la propria morte, oppure hanno intenzionalmente somministrato ai pazienti farmaci per accelerarne la morte.</p>	<p>Le persone stanno diventando sempre più consapevoli della loro mortalità e l'autonomia personale che circonda tale tema continuerà ad essere un problema. La comunità infermieristica deve continuare ad avere un dialogo aperto sui</p>

				Tra il 17% e il 40% degli infermieri in terapia intensiva e in ospizi, hanno ricevuto richieste da parte dei pazienti affinché ne accelerassero la morte. Quasi 7 su 10 americani sono a favore della morte assistita.	dilemmi etici che emergono nell'assistenza ai pazienti. Il suicidio assistito deve essere continuamente esaminato per determinare l'efficacia, la sicurezza, il rischio e il danno.
Van Bruchen-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Van Wijmen, F., Abu-Saad, H.H., Ter Meulen, R. (2008). <i>Dutch nurse's attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide</i> . Nursing Ethics.	Infermieri in vari contesti di lavoro.	Lo scopo dello studio è quello di studiare il ruolo, le percezioni, le responsabilità e le problematiche dell'infermiere nelle decisioni mediche di fine vita.	Questionario sottoposto a 1509 infermieri che lavoravano in ospedali, a domicilio e in case di cura, dal 2001 al 2004.	La maggior parte degli infermieri intervistati (527) lavorava in ospedali, seguiti da 407 in assistenza domiciliare e 238 in case di cura. I risultati mostrano che meno della metà (45%) degli infermieri sarebbe disposto a far parte in comitati di analisi dei casi di eutanasia e suicidio assistito. Più della metà degli infermieri (58,2%) ritiene esagerato consultare un infermiere nel processo di eutanasia e suicidio assistito. La maggior parte degli infermieri afferma che la preparazione all'eutanasia/suicidio assistito non rientri nel	Non note.

				compito infermieristico (62.9%).	
Evans, L. (2015). <i>Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors</i> . British Journal of Nursing.	Infermieri in diversi contesti di cura.	Esplorare i fattori socio-demografici e le attitudini che influenzano gli infermieri nel suicidio assistito.	Sono stati selezionati 16 articoli per eseguire un approfondimento tematico sugli elementi chiave che influenzano l'attitudine degli infermieri riguardo al suicidio assistito: <ul style="list-style-type: none"> - Posizione geografica - Religione - Specialità medica 	La posizione geografica è emersa come il fattore più importante in tutti gli studi. Si è scoperto inoltre che gli infermieri che si oppongono alla legalizzazione del suicidio assistito (42%) lo fanno per ragioni religiose. Esiste una forte connessione tra l'attitudine degli infermieri rispetto alla morte assistita e il loro credo religioso.	Il ruolo dell'infermiere all'interno del suicidio assistito dovrebbe essere incentrato sul paziente. Questo significa che qualunque sia il livello di educazione, la religione o il paese d'origine, gli infermieri devono garantire la miglior cura per i pazienti e rispettare le loro scelte individuali.

			- Livello di educazione.	Gli infermieri che lavorano nelle cure intensive e con malati terminali vivono l'esperienza della morte in modo quotidiano e sono quindi più propensi al suicidio assistito. Il livello di educazione degli infermieri gioca un ruolo importante: chi ha raggiunto un livello universitario è più in accordo con il suicidio assistito.	
Schmidlin, E., Elger, B., McLennan, S. (2014) <i>Assisted suicide in Switzerland: where have we come from and where are we going?</i> European journal of palliative care.	Leggi sul suicidio Assistito in Svizzera.	Questo studio propone una panoramica sul suicidio assistito in Svizzera per poi concentrarsi sulle persone che richiedono l'assistenza alla morte e sulle loro famiglie.	Questo articolo si basa su due recenti studi in cui hanno esaminato l'esperienza delle famiglie dei defunti per suicidio assistito.	Questo articolo ha rivelato dilemmi morali, isolamento e paura del giudizio sociale di alcune famiglie. Inoltre si riscontra che ciò che ha portato i pazienti al suicidio assistito è stata la sofferenza e la paura di perdere il controllo.	La legge permette a delle organizzazioni il suicidio assistito in Svizzera e l'opinione pubblica, è largamente a favore. È stata prevista una strategia di cure palliative non solo per prevenire il suicidio assistito ma anche per adattarsi a una popolazione che sta invecchiando. Tra i medici e gli specialisti di cure palliative ci sono diverse opinioni riguardo al suicidio assistito. Comunque si sta capendo sempre più l'importanza di

					fornire supporto sia ai pazienti che alle famiglie ma anche ai medici nel momento in cui il paziente esprime il desiderio di morire.
Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., Deliens, L. (2010). <i>The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium</i> . CMAJ.	Personale infermieristico in Belgio.	Lo scopo di questo studio è quello di analizzare l'approccio delle/degli infermiere/i al suicidio assistito e definirne il ruolo.	Interviste a 1678 infermieri che, in un'indagine precedente, avevano riferito di aver curato uno o più pazienti che avevano ricevuto il consenso al suicidio assistito nell'anno precedente all'indagine.	Più della metà degli infermieri intervistati, ha riferito di essere stato coinvolto nel processo decisionale del medico sull'uso di farmaci volti a porre fine alla vita di un paziente. Nella maggior parte dei casi, il coinvolgimento era solo uno scambio di informazioni sui desideri del paziente o dei parenti sulle condizioni cliniche del paziente. Solo la metà dei medici ha riferito di aver coinvolto gli infermieri nel processo di suicidio assistito. Il coinvolgimento degli infermieri è stato limitato principalmente a informare il medico sulla condizione del paziente o sui suoi desideri. Sembra che i medici che hanno consultato gli infermieri l'abbiano fatto solo per	In questo studio, è risultato che gli infermieri hanno operato oltre i margini legali consentiti alla loro professione. Le future ricerche dovrebbero monitorare attentamente ed esaminare il coinvolgimento degli infermieri in queste pratiche a livello nazionale e internazionale per consentire confronti tra i paesi con e senza legislazione sul suicidio assistito.

				ricevere informazioni, ma il processo decisionale condiviso tra medico e infermiere è meno comune.	
<p>Bulmer, M., Böhnke, J.R., Lewis, G.J. (2016). <i>Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality</i>. Elsevier.</p>	<p>Persone adulte che vivono negli Stati Uniti in aree urbane e rurali, di diverse classi socio-economiche, tra i 18 e i 96 anni. 53% donne e 47% uomini.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di esaminare i fattori demografici, sociali e psicologici per capire meglio come mai il suicidio assistito è fonte di così tante discussioni.</p>	<p>In questo studio hanno usato i dati raccolti dal sondaggio della Baylor University, gestito dall'Organizzazione Gallup. Nella prima fase Gallup ha contattato telefonicamente 1'000 famiglie utilizzando numeri di telefono a caso. In una seconda fase Gallup ha inviato 1'836 questionari. Il campione finale è risultato di 1648 persone.</p>	<p>Le persone con un livello di educazione più alto sono tendenzialmente favorevoli al suicidio assistito. Allo stesso modo la religiosità è un fattore ostacolante nei confronti della morte assistita. Le persone atee sono più favorevoli a questa pratica rispetto alle persone di credo cattolico e protestante. L'autoritarismo può essere associato a un rifiuto della morte assistita. Inoltre le persone con forti principi di autonomia sono più favorevoli al suicidio assistito.</p>	<p>In conclusione, l'educazione, la razza, la religiosità, l'ideologia politica e l'autoritarismo sono fattori intersecati tra loro che hanno un ruolo determinante nel suicidio assistito.</p>

<p>Coughenower, M. (2002). <i>Physician-Assisted Suicide</i>. Gastroenterology Nursing.</p>	<p>Personale infermieristico in diversi contesti lavorativi.</p>	<p>Lo scopo di questo studio è quello di raccogliere le impressioni del suicidio assistito da parte dei pazienti e le implicazioni nel settore infermieristico.</p>	<p>Studio effettuato su un campione di pazienti americani.</p>	<p>Alcuni individui vogliono avere più controllo nel processo della morte, altri pazienti invece hanno paura del dolore o di una morte prolungata che include un accanimento terapeutico indesiderato. Molti pazienti sono depressi, specialmente i malati terminali e il loro desiderio di morire non è continuo nel tempo. Altri ancora hanno visto persone amate morire senza un effettivo controllo dei sintomi e del dolore e temono anche loro di essere vittime di un'efficiente cura medica. Inoltre altri temono di essere un peso per la loro famiglia o di terminare la vita in una casa di cura, o di perdere il controllo delle loro funzioni corporee.</p>	<p>L'educazione infermieristica deve concentrarsi sui cambiamenti radicali nella legge in modo da preparare individualmente gli infermieri. Inoltre il tema dell'etica dev'essere incorporato nell'educazione degli infermieri. Essi devono essere preparati ad affrontare i problemi legati al suicidio assistito, i principi che guidano le pratiche infermieristiche in queste situazioni includono appoggio e non abbandono.</p>
---	--	---	--	--	--

<p>Van Bruchem-van Scheur, G.G., Van der Arend, A.J.G., Spreeuwenberg, C., Abud-Saad, H.H., Ter Meulen R.H.J. (2007). <i>Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse</i>. Journal of Advanced Nursing.</p>	<p>Infermieri regionali in Olanda.</p>	<p>In questo studio lo scopo è quello di capire quanti infermieri sono coinvolti in tutto il processo riguardante il suicidio assistito.</p>	<p>Studio qualitativo (questionario) su un campione di 500 infermieri regionali che lavoravano in 55 organizzazioni sanitarie domestiche.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nel 22,3% dei 278 casi, gli infermieri sono stati i primi professionisti con cui i pazienti hanno discusso la loro richiesta di eutanasia e suicidio assistito. - In circa la metà, nel 49,8% dei 267 casi, gli infermieri non sono stati coinvolti nel processo decisionale. - Nel 13,3% dei 264 casi, gli infermieri sono stati presenti durante la somministrazione del farmaco letale. - Nell'80,3% dei 264 casi, gli infermieri hanno offerto un certo livello di assistenza ai familiari di pazienti che sono deceduti a seguito del suicidio assistito. 	<p>Si potrebbe ottenere una maggior collaborazione diminuendo così le incomprensioni durante le procedure, così come problemi etici ed errori legali. Le ricerche olandesi potrebbero aiutare gli infermieri di altri paesi a definire il loro futuro ruolo nel suicidio assistito.</p>
---	--	--	---	---	---

4. Discussione in merito al quesito di ricerca e implicazioni nella pratica infermieristica

In Svizzera i casi di persone che ricorrono al suicidio assistito sono in costante aumento (50 casi nel 1998, 300 casi nel 2009). È importante sottolineare che questa pratica fa parte di una minima parte di tutti i decessi in Svizzera (0,48%). L'assistenza al suicidio è quasi unicamente praticata dalle associazioni, quindi risulta supervisionato, permettendo di abbassare i tassi di suicidio cruenti. L'aumento di suicidi assistiti nelle persone anziane senza malattie mortali ma che soffrono di più patologie invalidanti, è probabilmente il riflesso della qualità dei trattamenti curativi. Questa evoluzione necessita tuttavia di una sorveglianza accurata (Burkhardt, Macias, Jousset & La Harpe, 2015; Schmidlin, Elger & McLennan, 2014).

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

Nonostante ciò i pazienti e le famiglie chiedono spesso agli infermieri informazioni circa la morte assistita e in varie occasioni ricevono anche richieste di partecipazione a questa pratica. Senza un'adeguata formazione e comprensione delle implicazioni etiche e legali del suicidio assistito, gli infermieri non hanno gli strumenti necessari per far fronte a queste situazioni. Inoltre, al giorno d'oggi, si fa ancora confusione tra i termini eutanasia e suicidio assistito: queste comprensioni ostacolano l'integrità della pratica clinica (Van Bruchen-van de Scheur et. al., 2008).

Dallo studio di Ersek (2004) è risultato che gli infermieri svolgono un ruolo fondamentale nell'assistenza alle persone alla fine della loro vita; purtroppo però ci sono poche risorse che consentano di rilevare elementi utili ad approfondire questo aspetto. Gran parte della letteratura, infatti, si concentra sul ruolo dei medici rispetto alla morte assistita.

Collegandomi allo studio di Coughenower (2002), quasi tutti gli infermieri, durante la loro carriera si troveranno a doversi occupare dei problemi legati allo stadio finale della vita dei pazienti e saranno inevitabilmente coinvolti almeno in uno dei seguenti tre modi:

- I pazienti potrebbero fidarsi con gli infermieri riguardo al loro desiderio di affrettare la morte
- I pazienti potrebbero richiedere esplicitamente consiglio o assistenza dagli infermieri
- Gli infermieri potrebbero essere presenti durante una richiesta, una discussione o essere presenti con il paziente durante i suoi ultimi momenti di vita

Dato questo coinvolgimento, gli infermieri devono essere preparati ad affrontare i problemi della morte assistita. I principi che guidano le pratiche infermieristiche in queste situazioni, includono appoggio e non abbandono.

Molti infermieri evitano problemi legati allo stadio finale della vita, poiché sembra essere un tema deprimente, ma in realtà quasi tutti si troveranno ad affrontarlo sia personalmente che professionalmente. Devono valutare individualmente le proprie opinioni riguardo al suicidio assistito e trovare una posizione che sia consistente con i loro credi e valori.

Legalmente gli infermieri devono conoscere la legge nello Stato in cui praticano la loro professione, altrimenti le conseguenze potrebbero essere la prigione, multe, perdita della licenza professionale (Coughenower, 2002).

Come detto precedentemente, è emerso da diverse indagini che gli infermieri in diverse situazioni geografiche e cliniche ricevono richieste di aiuto per morire: sono testimoni di grandi sofferenze e dovrebbero quindi essere sostenuti e istruiti su come alleviare la sofferenza (Evans, 2015).

Gli infermieri necessitano di orientamenti nel distinguere gli aspetti etici e giuridici del suicidio assistito e hanno bisogno di sostegno per affrontare queste difficili situazioni cliniche. In paesi in cui il suicidio assistito non è legalizzato, alcuni infermieri decidono di partecipare a questa pratica nonostante potrebbero incorrere in possibili ripercussioni legali e professionali; al contrario altri invece decidono di non partecipare anche se questa pratica è legale nella loro giurisdizione. In entrambi i casi gli infermieri devono capire i propri diritti, quelli dei loro pazienti e le implicazioni legali ed etiche della loro decisione. Una certezza è che se gli infermieri sono contro il suicidio assistito, ed è legale nel paese dove lavorano, hanno comunque il diritto di rifiutarsi di partecipare a questa procedura (Bulmer, Böhnke & Lewis 2016).

È apparso dall'analisi degli articoli come le caratteristiche culturali dell'infermiere influenzino l'assistenza prevista per coloro che richiedono la morte assistita.

Al di là delle possibili differenze culturali, ovunque c'è un elevato coinvolgimento emozionale degli infermieri nell'assistenza ai pazienti che richiedono assistenza per morire. Parallelamente, c'è una scarsa considerazione e partecipazione della professione infermieristica nella definizione di politiche che supportino l'autonomia dei pazienti per prendere decisioni e affrontare allo stesso modo le molteplici fonti di vulnerabilità (Monteverde, 2017).

Inoltre il dialogo tra professionisti sanitari e pazienti gioca un ruolo fondamentale: in alcuni casi i malati terminali hanno respinto il suicidio assistito dopo aver instaurato delle relazioni basate sul dialogo e sulla fiducia con gli infermieri. La comunicazione tra infermiere e paziente gioca un ruolo fondamentale: consiste nel dialogare, fornire informazioni, consigliare, mediare, creando un clima equilibrato ed evitando commozione, panico, ansia. È uno strumento chiave per gli infermieri, nella gestione dei pazienti che hanno bisogno di assistenza nel morire. Il processo comunicativo è complesso e difficile perché è intensificato dal peso morale e psicologico del tema e dal suo impatto, nonché dal periodo relativamente breve in cui si svolge il tutto. È necessario quindi una buona istruzione infermieristica, linee guida professionali e un contesto ospedaliero. La cosa più importante nella comunicazione è l'ascolto attivo: ascoltare attentamente, percepire segnali, dare l'opportunità ai pazienti di parlare. Un altro elemento importante è fornire informazioni sulla sua situazione, evitando di nascondere qualcosa. È fondamentale che l'infermiere abbia delle caratteristiche quali l'apertura mentale, l'affidabilità, la pazienza e dovrebbe creare un clima di serenità (Denier, Gastmans, De Bal & De Casterlé).

Secondo lo studio di Elmore, Wright & Paradis (2016) gli infermieri sono come degli agenti morali nella cura di pazienti che richiedono la morte assistita. Essi prendono molto seriamente le richieste di suicidio assistito, mostrando spesso un atteggiamento responsabile sia a livello personale che professionale, ed assicurandosi che i pazienti ricevano tutte le cure necessarie. Alcuni infermieri esprimono che è loro responsabilità fornire le cure ottimali per assicurare che i pazienti che hanno richiesto il suicidio assistito, cambino idea. Per altri infermieri il senso di responsabilità è caratterizzato dal desiderio di assicurare che ogni aspetto dell'assistenza fornita sia perfetto cosicché i pazienti possano finire la loro vita in serenità. Per alcuni infermieri il rapporto con i pazienti si basa sul verificare l'autenticità della loro richiesta e di analizzarla con attenzione, con l'obiettivo di trovare soluzioni palliative, altri ancora invece ascoltano con pazienza, rispetto e senza giudicare, agendo con molta serietà. Oltre a questo rapporto speciale con i pazienti gli

infermieri si sentono responsabili anche del rapporto con le famiglie. Molti di essi esprimono particolare interesse nel supporto della famiglia sia durante che dopo la morte assistita. Inoltre evidenziano l'importanza delle loro relazioni con l'ampia squadra di infermieri: essi fungono da "collegamento vitale tra il paziente, la famiglia, il medico ed altri addetti all'assistenza".

La capacità degli infermieri di occuparsi dei pazienti che richiedono la morte assistita è dovuta all'ambiente in cui lavorano. Il contesto oltre alle responsabilità sopra descritte, include il lungo contatto con i pazienti, la qualità del rapporto tra infermieri e medici, la frequenza con cui gli infermieri devono rispondere alle richieste e la condizione legale della morte assistita (Elmore, Wright & Paradis, 2016).

Il tempo disponibile a contatto con i pazienti e le famiglie è ritenuto molto importante dagli infermieri per la qualità dell'assistenza. Gli infermieri troppo impegnati che non possono dedicarsi alle conversazioni con i pazienti non si sentono soddisfatti nel lasciarli senza un supporto adeguato e si sentono colpevoli di non essere presenti per loro.

Per gli infermieri il contatto con i pazienti e le famiglie ha un significato morale, e spesso pretendono di essere coinvolti in tutto il processo della morte assistita poiché ritengono di comprendere meglio le richieste dei pazienti.

Per alcuni è raro ricevere una richiesta di morte assistita, e per questo quando succede è uno shock, perché si sentono impreparati a dare un'assistenza adeguata. L'esperienza fa la differenza, infatti più gli infermieri ricevono tali richieste e più diventano familiari e si sentono a proprio agio con la pratica di fine vita.

L'ultimo elemento che condiziona l'esperienza degli infermieri è lo status legale della morte assistita. In un contesto in cui l'eutanasia/morte assistita è illegale, gli infermieri sottolineano la sofferenza che provano nel ricevere richieste ambigue o di nascosto. In alcuni casi si sentono stressati dall'approccio sprezzante di alcune professioni mediche nei confronti di certe richieste. A causa della scarsa apertura mentale in un ambiente in cui l'eutanasia/morte assistita è illegale, alcuni infermieri si sentono intrappolati nella difficile posizione tra medico/ospedale e paziente/famiglia. L'impossibilità di aiutare i pazienti a realizzare il desiderio di fine vita fa sentire gli infermieri impotenti (Elmore, Wright & Paradis, 2016).

Per gli infermieri rispondere alla richiesta di morte assistita ha un peso morale ed emotivo e per questo necessita di un supporto. Per alcuni c'è una tensione ricorrente tra la loro personale opposizione alla morte assistita e l'esperienza di assistere a sofferenze insopportabili. La fede religiosa è la fonte principale di opposizione alla morte assistita, però, nonostante le convinzioni personali, molti infermieri stanno male nel non poter alleviare le sofferenze dei pazienti e trovare delle soluzioni di fronte alle richieste persistenti. In questa situazione c'è la necessità all'interno del team di sostenere la coscienza degli infermieri, i quali devono sentirsi dire di avere gestito bene la situazione. Nel contesto della morte assistita illegale gli infermieri si sentono impossibilitati a parlare delle loro esperienze; essi discutono in privato sulla percezione che l'assistenza di fine vita fornita vada oltre il confine etico. Così gli infermieri in un contesto legale, come anche in quello illegale hanno un forte bisogno di parlare, di condividere le loro esperienze e trovare sostegno all'interno dell'ampia comunità della professione infermieristica (Elmore, Wright & Paradis, 2016).

Secondo l'autrice Stokes (2017), la fiducia, l'onestà e la professionalità sono essenziali nel rapporto tra infermiere e paziente. La valutazione, la prescrizione e la sorveglianza degli effetti delle terapie, inclusa la gestione dei sintomi conseguenti a cure palliative o alla fine della vita, sono tutte attività nell'ambito della pratica infermieristica. Tuttavia, gli infermieri professionisti non possono legalmente o eticamente effettuare una diagnosi per determinare la malattia terminale allo scopo di qualificare un paziente per il suicidio

assistito perché tale azione sarebbe considerata partecipazione illegale o non etica. Se un paziente richiede la morte assistita in uno stato in cui è legale, un infermiere può scegliere di continuare la relazione con il paziente o di fare un'obiezione coscienziosa e terminare tale relazione. Se una richiesta mette un infermiere in una condizione di superamento dei propri limiti morali, allora è chiamato ad esprimere un'osservazione coscienziosa in modo opportuno e tempestivo all'autorità competente. L'obiezione di coscienza deve basarsi su una profonda convinzione che la morte assistita sia un errore. È chiaro che il rifiuto basato sulla coscienza non si basa su un pregiudizio personale o pregiudiziale dell'infermiere e quest'ultimo deve astenersi dal fare commenti o agire in maniera pregiudicante e ingiustificata. In tali circostanze, l'infermiere deve limitarsi a fornire al paziente informazioni sulle cure di fine vita e a organizzare una consulenza per la cura palliativa. Di conseguenza, un rifiuto basato sulla coscienza soddisfa ancora l'obbligo di garantire la sicurezza del paziente ed evita il suo abbandono. La cessazione del rapporto deve essere appropriata, deve rispettare la legge statale, e la rinuncia a prestare cure a un paziente può avvenire solo quando un medico alternativo è disponibile. Se un infermiere decide di rimanere coinvolto nella relazione col paziente, può consigliarli un medico appropriato, ma deve anche discutere ed esplorare tutte le opzioni del paziente per quanto riguarda la sua decisione di porre fine alla propria vita. Gli infermieri professionisti devono essere istruiti per garantire che i pazienti siano pienamente informati di tutte le opzioni disponibili e siano consapevoli delle implicazioni di tutte le loro potenziali decisioni (Stokes, 2017).

Secondo lo studio di Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens (2010), in un sondaggio di medici in Belgio, solo la metà di coloro che avevano avuto casi di suicidio assistito ha riferito di aver coinvolto gli infermieri nella loro decisione. I medici hanno riferito di aver discusso la decisione con gli infermieri nel 54 % dei casi di eutanasia o suicidio assistito. Il coinvolgimento degli infermieri è stato limitato principalmente a informarli sulla condizione del paziente o sui desideri dei parenti. Sembra che i medici che hanno consultato gli infermieri abbiano riconosciuto il loro valore come fornitori di informazioni, riconoscendo la loro funzione di intermediari tra il medico e il paziente o i parenti, ma che il processo decisionale condiviso tra medico e infermiere sia meno comune. Nelle indagini precedenti, i medici hanno riferito che gli infermieri talvolta hanno somministrato medicinali esplicitamente destinati ad affrettare la morte. Tuttavia, continua l'incertezza circa la consapevolezza degli infermieri riguardo le azioni intraprese.

Dall'analisi sono emerse le implicazioni etiche riguardo al suicidio assistito: sostanzialmente ci sono le opinioni pro e quelle contro. Le persone che sostengono questa pratica ritengono che ogni persona è libera di scegliere per la propria vita e di conseguenza per la propria morte. Coloro che si oppongono sostengono invece che aiutare un paziente a morire non può essere un atto benefico perché viola l'idea fondamentale, che la vita è sacra, e non dovrebbe mai essere interrotta da un atto umano diretto.

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

pazienti a morire e continueranno a farlo, illegalmente e segretamente (Inghelbrecht, Bilsen, Mortier & Deliens, 2010).

Collegandomi ai pro e i contro del suicidio assistito, lo studio di Ersek (2005) e di Goligher et. al., (2017), espongono le argomentazioni di entrambe le parti:

- Autonomia, ossia il principio che descrive il diritto degli individui a prendere le proprie decisioni. Questo principio morale è forse il più a favore del suicidio assistito. I sostenitori argomentano che le persone dovrebbero avere il diritto di prendere le decisioni riguardanti la fine della propria vita nella stessa maniera in cui possono decidere o rifiutare altri tipi di terapie mediche. Gli oppositori invece argomentano che il diritto di decidere non si estende al diritto di richiedere a terzi (in questo caso, professionisti medici) di assisterli alla morte prematura.
- Beneficenza, ossia il dovere di fare il bene o aiutare le persone. Riflette una responsabilità professionale che incontrano gli infermieri. I sostenitori argomentano che aiutare una persona malata terminale e pazienti sofferenti a morire è un atto compassionevole e che rifiutare di offrire questa assistenza prolunga la sofferenza della persona morente. Gli oppositori invece argomentano che aiutare qualcuno a morire non è mai un atto benevolo in quanto viola la santità della vita. Questa idea è fondamentale per molti credi religiosi dove è ritenuto che la vita è sacra e non dovrebbe mai essere terminata attraverso un atto umano diretto.
- Non-maleficenza, ossia il dovere di non recare danno ad altri, è il principio che molte organizzazioni professionali inclusa l'associazione americana degli infermieri (ANA) hanno utilizzato per difendere la loro posizione contro il suicidio assistito. I sostenitori credono che rifiutare di aiutare i pazienti sofferenti a morire è la stessa cosa come abbandonarli nel loro momento di più grande bisogno e quindi infligge un danno inaccettabile. Gli oppositori invece credono che offrire ai pazienti assistenza a morire non è compatibile con il ruolo di un infermiere e che questa professione abbia un accordo con la società ossia quello di assistere le persone a vivere la vita nel modo più completo possibile.

Se un infermiere è documentato e ha le conoscenze necessarie in materia di morte assistita, può sviluppare la propria posizione morale su questo tema, che rispetti i propri valori e le credenze personali, anche tenendo in conto le opinioni professionali e sociali. Per definire la propria posizione, bisogna riflettere sul significato della sofferenza e della morte. Un aspetto per mantenere la propria morale è quello di riconoscere il diritto di opporsi a una pratica specifica Ersek (2004).

Dall'analisi degli articoli è emerso anche che diverse organizzazioni infermieristiche e mediche, hanno pubblicato la propria posizione in merito al suicidio assistito, e la maggior parte ha manifestato l'opposizione a questa pratica. È interessante notare come questa affermazione sia riconducibile al fatto che c'è ancora poca conoscenza rispetto al tema Ersek (2004).

All'interno dello studio di Coughenower (2002), sono esposte le ragioni per cui i pazienti vogliono ricorrere all'opzione del suicidio assistito. Alcuni individui vogliono avere più controllo nel processo della morte, altri pazienti invece hanno paura del dolore o di una morte prolungata che include una tecnologia indesiderata. Molti pazienti sono depressi, specialmente i malati terminali, e il loro desiderio di morire non è continuo nel tempo. Altri ancora hanno visto persone amate morire senza un effettivo controllo dei sintomi e del dolore e temono di essere anche loro vittime di un'inefficiente cura medica. Inoltre alcuni hanno paura di essere un peso per la loro famiglia o di terminare la loro vita in una casa

di cura. Un'altra questione che preoccupa i pazienti è quella di perdere il controllo delle loro funzioni corporee (Coughenower, 2002).

I limiti riscontrati nella ricerca sono legati al fatto che la pratica infermieristica correlata al suicidio assistito è ancora poco indagata, di conseguenza il materiale su cui basare la ricerca è limitato. Spesso non è possibile reperire articoli primari completi di una metodologia valida e non sono specificati fattori quali età, sesso, provenienza professionale, vissuti o esperienze professionali che potrebbero influire notevolmente.

Sarebbe auspicabile che il tema del suicidio assistito venga trattato maggiormente ed assicurare che gli infermieri, individualmente e collettivamente, dirigano il ruolo infermieristico nelle cure di fine vita e nella morte assistita, piuttosto che consentire ad altri di definirlo per loro.

5. Conclusione

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

Tramite la stesura del quadro teorico ho introdotto e approfondito il tema, proponendo una panoramica del suicidio assistito. La revisione della letteratura ha completato la parte del background, avvalorando il lavoro di tesi.

Nonostante il suicidio assistito sia un tema d'attualità, ho riscontrato alcuni limiti durante la ricerca. Uno di questi è la scarsa reperibilità di articoli su questo argomento. Infatti la pratica infermieristica correlata alla morte assistita è ancora poco indagata, di conseguenza ho trovato pochi studi primari completi di una metodologia valida. Un altro limite evidenziato è che spesso il termine "suicidio assistito" ed "eutanasia" vengono inseriti come fossero sinonimi, oppure alcuni articoli comprendono ambedue gli argomenti. Inoltre non è stato semplice reperire materiale che trattasse il vissuto dell'infermiere correlato al suicidio assistito perché molti articoli si basano sul ruolo medico.

All'inizio del lavoro ho riscontrato delle difficoltà siccome non mi era chiaro come procedere a una revisione di letteratura e come impostare il lavoro di tesi. Anche la gestione della tempistica non è stato un punto a mio favore. Dopo vari suggerimenti da parte del tutor e grazie alla pratica, ho acquisito più sicurezza riuscendo a proseguire con il lavoro.

Grazie alla stesura di questo lavoro ho imparato molti concetti. Innanzitutto a ricercare articoli sulle banche dati, cosa per me molto importante perché mi aiuterà in futuro per eventuali ricerche ed aggiornamenti che vorrò approfondire. Inoltre ho scoperto molti elementi a me nuovi sul tema del suicidio assistito, che mi aiuteranno a far fronte nella pratica futura, nel caso in cui un paziente avesse il desiderio di affrontare questo percorso.

I punti forti del mio lavoro di Bachelor sono dati dalla vastità di articoli da me analizzati, che hanno permesso una serie di collegamenti e la correlazione di alcuni elementi fra di loro. La ricerca in varie banche dati mi ha inoltre dato la possibilità di ampliare la mia analisi e di confrontarne i risultati.

Nel ruolo professionale è fondamentale che un infermiere disponga delle informazioni necessarie per crearsi delle proprie idee in merito al suicidio assistito, che gli consenta di agire nel modo più giusto in caso si ritrovi confrontato con un paziente che gli ponga una richiesta in merito. Recenti studi hanno dimostrato che il numero di richieste di suicidio assistito è in continuo aumento dovuto al progressivo invecchiamento della popolazione e al crescente numero di malattie terminali e mortali. Per questo motivo ritengo che la formazione infermieristica debba essere arricchita: il professionista dovrebbe essere capace di far fronte alle richieste dei pazienti. La formazione non è tuttavia sufficiente, è opportuno che ogni persona che si trovi a contatto con una situazione del genere abbia la possibilità di parlarne e confrontarsi con altri professionisti.

Ritengo sia importante proseguire con la ricerca in questo ambito. La raccolta dati potrebbe essere maggiormente favorita mediante delle indagini e raccogliendo le esperienze e i vissuti degli infermieri, di conseguenza i risultati potrebbero evidenziare aspetti non ancora rilevati.

6. Ringraziamenti

Sono giunta alla fine di questo lavoro di Bachelor, ancora incredula. Quando ho iniziato questo percorso non sapevo a cosa sarei andata incontro, ma posso ritenermi più che soddisfatta, ho lavorato giorni intensi per la realizzazione della tesi. Ho concluso un ciclo di studi che mi ha insegnato molto, e sono cresciuta sia professionalmente ma anche personalmente. Ho acquisito maggior sicurezza in questi tre anni e sono pronta a vivere nuove avventure.

Il primo pensiero è rivolto ai miei genitori, Andrea e Sabine a cui dedico questo lavoro. Nonostante abitino lontani, mi hanno sempre sostenuta, hanno creduto in me e gioito ai miei successi, senza farmi mancare niente. È grazie a loro che sono arrivata fin qui.

Un pensiero speciale al mio tutor Sergio Piasentin che grazie alla sua disponibilità, mi ha guidata durante il percorso, fornendomi consigli utili.

Grazie al resto della famiglia: nonni e zii che mi hanno sostenuta durante il percorso di studi, la vostra vicinanza è stata preziosa.

Un ultimo ringraziamento è rivolto ai miei amici, che hanno saputo supportarmi ed alleggerire le mie giornate, hanno condiviso le mie gioie e i miei dolori, siete speciali.

Grazie di cuore a tutti!

7. Bibliografia

7.1 Libri di testo

Bianchi, G. (2017). *Accompagnare lungo il percorso di malattia*. Manno: SUPSI

Borasio, G. D., (2015). *Saper morire. Cosa possiamo fare, come possiamo prepararci*. Torino: Bollati Boringhieri editore

Brugnolli, A., Saiani, L. (2013). *Trattato di cure infermieristiche*. Napoli: Idelson-Gnocchi

Cattorini, P. M. (2011). *Bioetica: metodo ed elementi di base per affrontare problemi clinici* (Quarta edizione). Milano: Elsevier.

De Hennezel, M. (2000). *La morte amica. Lezioni di vita di chi sta per morire* (quarta edizione). Milano: Superbur Saggi

Gibran, K. (2013). *Il profeta*. Milano: Feltrinelli

Istituto oncologico della Svizzera Italiana. (2016). *Suicidio assistito e Cure Palliative IOSI – EOC*. Bellinzona: Eoc

Jens, W., Küng, W. (2010). *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*. Milano: BUR Saggi

Mori, M. (2012). *Introduzione alla bioetica. 12 temi per capire e discutere*. Torino: Espress Edizioni srl

Soldati, M. G., (2003). *Sguardi sulla morte. Formazione e cura con le storie di vita*. Milano: Franco Angeli.

Tosi-Imperatori, D. (2007). *Il suicidio assistito e il disagio del curante*. Ticino: Periodico d'informazione sulle attività dell'associazione svizzera infermiere/i (n.3)

7.2 Articoli scientifici

Bulmer, M., Böhnke, J.R., Lewis, G.J. (2016). *Predicting moral sentiment towards physician-assisted suicide: The role of religion, conservatism, authoritarianism, and Big Five personality*. Elsevier, Vol. 105, <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.09.034>

Burkhardt, S., Macias, A., Jousset, N., La Harpe, R. (2015). *Assistance au suicide: expérience et débats en Suisse*. Médecine & Droit, Vol. 2015, Issue 135, <https://doi.org/10.1016/j.meddro.2015.07.001>

Coughenower, M. (2002). *Physician-Assisted Suicide*. Gastroenterology Nursing, Vol. 26, Issue 2

Denier, Y., Gastmans, C., De Bal, N., De Casterlé, B.D. (2010). *Communication in nursing care for patients requesting euthanasia: a qualitative study*. Journal of Clinical Nursing, [10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03367.x)

Elmore, J., Wright, D.K., Paradis, M. (2016). *Nurses' moral experiences of assisted death: A meta-synthesis of qualitative research*. Nursing Ethics, <https://doi.org/10.1177/0969733016679486>

Ersek, M. (2004). *The Continuing Challenge of Assisted Death*. Journal of Hospice and Palliative Nursing, Vol. 6, No. 1. Disponibile da: <http://www.medscape.com/viewarticle/468566>

Ersek, M. (2005). *Assisted suicide: Unraveling a complex issue*. Nursing2005, Vol. 35, No. 4, <http://hdl.handle.net/10822/982296>

Evans, L. (2015). *Nurses' attitudes to assisted suicide: sociodemographic factors*. British Journal of Nursing, Vol. 24, No. 12, [10.12968/bjon.2015.24.12.629](https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.12.629)

Ezekiel, J.E. (2017). *Euthanasia and physician-assisted death*. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(96\)91621-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(96)91621-9)

Goligher, E.C., Wesley, E., Sulmasy, D.P., Bakker, J., Raphael, J., Volandes, A.E., Patel, B.M., Payne, K., Hosie, A., Churchill, L., White, D.B., Downar, J. (2017). *Physician-Assisted Suicide and Euthanasia in the ICU: A Dialogue on Core Ethical Issues*. Critical Care Medicine, Vol. 45, Issue 2, [10.1097/CCM.0000000000001818](https://doi.org/10.1097/CCM.0000000000001818)

Hayes, C. (2004). *Ethics in End-of-Life Care*. Journal of hospice and palliative nursing, Vol. 6, No. 1. Disponibile da:
<https://www.moffitt.org/File%20Library/Main%20Nav/Research%20and%20Clinical%20Trials/Cancer%20Control%20Journal/v6n2/article4.pdf>

Inghelbrecht, E., Bilsen, J., Mortier, F., Deliens, L. (2010). *The role of nurses in physician-assisted deaths in Belgium*. CMAJ, vol. 182, No. 9, [10.1503/cmaj.091881](https://doi.org/10.1503/cmaj.091881)

Schmidlin, E., Elger, B., McLennan, S. (2014). *Assisted suicide in Switzerland: where have we come from and where are we going?* European Journal of Palliative Care, Vol. 21, No. 2. Disponibile da:
http://www.academia.edu/9941056/Assisted_suicide_in_Switzerland_where_have_we_come_from_and_where_are_we_going

Settimio Monteverde (2017). *Nursing and assisted dying: Understanding the sounds of silence*. Nursing Ethics, Vol. 24 <https://doi.org/10.1177/0969733016684967>

Stokes, F. (2017). *The Emerging Role of Nurse Practitioners in Physician-assisted Death*. The Journal for Nurse Practitioners, Vol. 13, Issue 2, <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2016.08.029>

Van Bruchen-van de Scheur, A., Van der Arend, A., Van Wijmen, F., Abu-Saad, H.H., Ter Meulen, R. (2008). *Dutch nurse's attitudes towards euthanasia and physician-assisted suicide*. Nursing Ethics, Vol.15, Issue 2, <https://doi.org/10.1177/0969733007086016>

Van Bruchem-van Scheur, G.G., Van der Arend, A.J.G., Spreeuwenberg, C., Abud-Saad, H.H., Ter Meulen R.H.J. (2007). Euthanasia and physician-assisted suicide in the Dutch homecare sector: the role of the district nurse. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 58, Issue 1, [10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04224.x)

7.3 Sitografia

Associazione degli istituti sociali e di cura svizzeri. (2013). *Assistenza al suicidio nelle case per anziani e negli istituti per adulti disabili*. Disponibile su:

<https://www.curaviva.ch/files/CMUWZY8/Assistenza-al-suicidio-Documento-di-riferimento-CURAVIVA-Svizzera.pdf>

(Ultima consultazione 20 febbraio 2017)

Commissione nazionale d'etica per la medicina. (2011). *Direttive del paziente. Considerazioni etiche sul nuovo diritto di protezione degli adulti con particolare attenzione alla demenza*. Disponibile su:

http://www.nek-cne.ch/fileadmin/nek-cne-dateien/Themen/Stellungnahmen/it/NEK-CNE_Direttive_del_paziente.pdf

(Ultima consultazione 5 marzo 2017)

Confederazione Svizzera. *Codice Penale Svizzero*. Disponibile su: <https://www.admin.ch/opc/it/classified-compilation/19370083/index.html#a115>

(ultima consultazione 1 marzo 2017).

Consiglio internazionale degli infermieri. (2012). *Il codice deontologico degli infermieri del consiglio internazionale degli infermieri (ICN)*. Disponibile su:

http://www.ipasvi.it/archivio_news/pagine/181/codice%20deontologico%20ICN%202012.pdf

(ultima consultazione 1 marzo 2017).

Dignitas. *Opuscolo informativo*. Disponibile su:

http://www.dignitas.ch/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=5&language=it

(Ultima consultazione: 3 marzo 2017)

Dipartimento federale di giustizia e polizia. (2006). *Eutanasia e medicina palliativa. La Confederazione deve legiferare?* Disponibile su:

<https://www.newsd.admin.ch/newsd/message/attachments/2768.pdf>

(Ultima consultazione: 3 marzo 2017)

Exit. (2015). *Autodeterminazione nella vita e per la morte* (Dodicesima edizione). Disponibile su:

https://www.exit.ch/fileadmin/user_upload/files/download/Autodeterminazione_nella_vita_e_per_la_morte_2016.pdf

(Ultima consultazione: 3 marzo 2017)

Repubblica e Canton Ticino. (1989). *Legge sulla promozione della salute e il coordinamento sanitario (Legge sanitaria)*. Disponibile su:

<http://www3.ti.ch/CAN/RLeggi/public/raccolta-leggi/legge/numero/6.1.1.1>

(ultima consultazione 23 febbraio 2017).

Ufficio federale di statistica. (2016). *Statistica delle cause di morte 2014. Suicidio assistito e suicidio in Svizzera*. Disponibile su:

<file:///C:/Users/admin/Downloads/1259-1400.pdf>

(Ultima consultazione 22 febbraio 2017)

8. Allegati

8.1 Suicidio Assistito e Cure Palliative IOSI - EOC

Centro Cure Palliative IOSI-EOC

Bellinzona,

23.06.2016

Con il termine di morte assistita si vuole utilizzare una terminologia neutrale che includa tutte le decisioni di fine vita caratterizzate dalla scelta del paziente di porre fine attivamente alla sua vita in maniera volontaria e cosciente. Queste includono, nella maggior parte dei casi, l'eutanasia ed il suicidio assistito. L'eutanasia in Svizzera è proibita, mentre il suicidio assistito è una delle scelte possibili al termine della vita. In Svizzera la procedura del suicidio assistito, se alcune condizioni sono rispettate, è depenalizzata (l'articolo 115 del codice penale svizzero, RS 311.0, riporta: "Istigazione e aiuto al suicidio: Chiunque per motivi egoistici istiga alcuno al suicidio o gli presta aiuto è punito, se il suicidio è stato consumato o tentato, con una pena detentiva sino a cinque anni o con una pena pecuniaria").

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

In questo documento è descritta le modalità di assistenza offerta dalle Cure Palliative IOSI-EOC ad un paziente nel caso chieda informazioni generali in merito alla morte assistita o intenda attivamente avvalersi del suicidio assistito per morire.

I principi fondamentali che hanno guidato la riflessione in seno al Centro di Cure Palliative IOSI-EOC possono essere riassunti nelle affermazioni seguenti.

Il personale delle cure palliative IOSI-EOC:

- Garantisce equità di presa in carico, scevra da pregiudizi.
- Agisce nel rispetto della scelta del paziente, basata sui valori della persona malata, fondati sull'autodeterminazione, sulla decisione informata in merito al luogo di cura e di morte prescelto e in coerenza con la biografia della persona malata.
- Salvaguarda la benevolenza tramite l'informazione alla persona malata in merito alle cure ed ai trattamenti possibili, l'attivazione ed il sostegno dei meccanismi propri della persona atti a fronteggiare la situazione presente e futura, la prioritizzazione del comfort e l'umanizzazione delle cure.
- Mantiene un dialogo aperto in merito al suicidio assistito e aderisce al principio di non abbandono, nel rispetto reciproco della relazione significativa tra curante e paziente.
- Chiede rispetto per i valori dei professionisti e dell'istituzione in cui la persona malata è accolta, offrendo al paziente di essere seguito da professionisti che possano accompagnarlo nella scelta del suicidio assistito, interfacciandosi con eventuali strutture esterne scelte dal paziente.
- Offre ascolto attento dei bisogni della famiglia, in accordo con il paziente, e sostegno nel processo di presa di decisione ed in seguito nel lutto.

Il paziente, se lo desidera, può esprimere liberamente ai suoi curanti il suo interesse riguardo le possibilità di morte assistita e/o la sua intenzione di perseguire un suicidio assistito, senza timore di essere vittima di pregiudizi. I curanti sono a sua disposizione per fornire informazioni inerenti le differenti scelte possibili, offrendo ascolto ed assistenza anche alle famiglie, previo consenso del paziente.

Le cure palliative IOSI-EOC non hanno una visione dogmatica sul suicidio assistito e continuano ad accompagnare il paziente nel suo percorso di malattia. Le cure palliative IOSI-EOC garantiscono al personale obiettore di coscienza ascolto e rispetto della propria posizione, offrendo allo stesso tempo al paziente la possibilità di essere seguito da personale curante non obiettore.

Il suicidio assistito non è attuabile all'interno delle strutture dello IOSI.

L'apertura al dialogo ed il rispetto del principio di non abbandono guidano il personale nella relazione terapeutica in ogni situazione, concordando con il paziente nella specificità dei singoli casi i ruoli, i compiti e gli obiettivi di cura.

Prof. Dr. med. Michele Ghielmini
Primario oncologia e direttore sanitario

Dr.ssa med. Claudia Gamondi
Direttore clinico Cure Palliative

Lavoro di tesi approvato in data

Firma