

# LA RICHIESTA DI EUTNASIA: DESIDERIO DI ACCELERARE LA MORTE O ALTRO?

Zanolin Donatella

## Introduzione

Il morire e la morte costituiscono situazioni limite per il singolo, la società e la cultura moderna: in ambito clinico, quando si presentano questioni cruciali, come la possibilità di allungare la vita o di accelerare la morte, le decisioni possono essere condizionate da aspetti culturali e sociali; a tal proposito è importante sottolineare come la nostra società sia figlia di un'epoca *death free* ossia caratterizzata dalla tendenza ad evitare la morte (Testoni, 2015) in quanto permeata da ideali individualistici ed utilitaristici, con conseguente adozione nei confronti della stessa di meccanismi difensivi quali l'evitamento, la negazione e rifiuto di parlarne. Di Mola (2017), riferendosi alle riflessioni Di Ernesto De Martino, ricorda il concetto di "crisi della presenza", intendendo con ciò la minaccia che l'uomo percepisce quando avverte il rischio di "non esserci più al mondo", ricercando modalità per riscattarsi dalla morte attraverso l'osservanza di riti, rituali che tutt'oggi sembrano non permettere una compensazione all'angoscia provocata da questo evento. Un'altra interessante spiegazione su come l'uomo post moderno affronta la morte è fornita dalla teoria della gestione del terrore ( Terror Management Theory, TMT) elaborata negli anni '80 da un gruppo di psicologi sociali statunitensi che trae spunto dalle riflessioni dall'antropologo culturale Ernest Becker (1973); in particolare la predisposizione biologica alla sopravvivenza (propria del mondo animale), genererebbe nell'uomo un'ansia significativa che coesiste con la consapevolezza della propria vulnerabilità e mortalità. La teoria della TMT parte da questo nucleo concettuale per sottolineare come l'uomo per affrontare questo aspetto "reale" investa tempo e risorse per rafforzare la propria autostima, cercando individui che confermino l'idea che ha di sé e del mondo, elaborando costrutti personali funzionali a gestire questa angoscia esistenziale e ricorrendo contemporaneamente a difese distali e prossimali<sup>1</sup>( <http://www.tmt.missouri.edu/>; Maxfield et al, 2014)

Il desiderio dell'uomo di essere immortale e controllare tecnicamente la morte (Thomas, 2006) comporta, a fronte della ineluttabilità di quest'ultima, il bisogno di stabilirne il momento e la modalità. Emerge in questo contesto sociale e culturale, nella sua complessità, il tema dell'eutanasia e del suicidio medicalmente assistito che tocca profondamente l'immagine che l'uomo ha di sé e del mondo e contemporaneamente comporta una sfida per la società e per tutti gli

---

<sup>1</sup> Le **difese distali** riguardano i pensieri di morte che indirettamente proteggono la visione culturale del mondo ad es. la valutazione sempre più positiva di coloro che la sostengono e negativa di coloro che la violano; le **difese prossimali** riguardano i pensieri e comportamenti volti a negare o ritardare la morte, ad esempio la volontà ad impegnarsi in comportamenti salutari che possono prevenirla

“attori” che direttamente ed indirettamente sono coinvolti quando una persona (presumibilmente affetta da una grave patologia) esprime il desiderio di morire (Wish to Die , WTD); ne deriva un interrogativo esistenziale: dovere di vita o diritto di morte? Esso sollecita, ed ha sollecitato, un profondo dibattito che fa riferimento a due categorie tradizionali: la sacralità della vita, cara alla bioetica di tradizione cristiana, e la disponibilità della vita capeggiata dai bioeticisti di formazione laica, la cui prospettiva (Manifesto di Bioetica Laica, 1996, [https://digilander.libero.it>manifesto\\_bioetica](https://digilander.libero.it>manifesto_bioetica)) sottolinea il principio dell'autonomia: “...non devono esservi autorità superiori che possano arrogarsi il diritto di scegliere per l'individuo in tutte quelle situazioni che riguardano la sua salute e la sua vita”.

L'eutanasia è un argomento molto dibattuto fin dall'antichità: con il termine greco “euthanasia”, l'imperatore romano Augusto definisce il suo ideale di morte, riportato in altri poeti e filosofi fin dall'antichità, ovvero “morire felici e con onore” e non per “porre fine attivamente alla vita”. In Europa, nel 1991, il Parlamento europeo ha intrapreso un dibattito sull'eutanasia e sul suicidio medicalmente assistito stimolando una discussione a tutti i livelli (Radbruch et al, 2015). Nel 1996 per la prima volta nella storia, in Australia viene promulgata una legge che rendeva legali l'eutanasia ed il suicidio assistito dal medico per essere poi abrogata l'anno dopo con un emendamento parlamentare. Nel 1997 il suicidio assistito con il medico viene legalizzato nell'Oregon e nel 2002 il parlamento olandese cambia il codice penale per rendere legali, in alcune circostanze, l'eutanasia ed il suicidio assistito dal medico; a tale pratica aderiranno successivamente il Belgio ed il Lussemburgo. Negli ultimi dieci anni si assistono nel vecchio continente a pochi tentativi di promuovere l'eutanasia attraverso la via parlamentare. Il dibattito vede l'intervento di numerose istituzioni, associazioni, federazioni; in particolare si sottolinea la presa di posizione dell'Associazione Europea di Cure Palliative (EAPC) che in questo decennio continua a ribadire l'importanza di mantenere vivo il dibattito pubblico su questi aspetti, nella consapevolezza della difficoltà di pervenire ad un consenso innanzitutto concettuale essendo chiamati in causa un complesso di fattori culturali, sociali ed economici. Proprio per questo motivo sono state sviluppate delle task force al fine di definire un pensiero chiarificatore sui costrutti sottostanti il desiderio di anticipare la morte, oggetto fino a quel momento di interpretazioni ambigue e soggettive. La necessità di definire tali concetti in modo condiviso ed a tutti i livelli si è reso indispensabile anche per poter definire in termini giuridici e legislativi circa il diritto o meno di scegliere se e come porre fine alla propria vita attraverso il ricorso all'eutanasia, al suicidio assistito ed al suicidio assistito dal medico. L'importanza di una chiara definizione giuridica trova conferma nei bisogni espressi dai pazienti come riscontrato da una ricerca condotta in Canada su un campione di 238 pazienti (Wilson K.G. et al, 2007). Tale studio si prefiggeva di indagare l'opinione dei

pazienti rispetto all'opportunità di legalizzare l'eutanasia ed il suicidio medico assistito, verificando quanti sarebbero ricorsi a tali modalità. I risultati ottenuti sono i seguenti: il 62.8% riteneva che l'eutanasia o il PAS dovevano essere legalizzate, il 39.8% desideravano anticipare la morte; solo il 5.8% affermava che, qualora queste procedure venissero legalizzate sarebbe ricorso alle stesse. Questi risultati sottolineano e confermano la complessità della situazione e l'importanza che il dibattito venga sollecitato al fine di pervenire ad una corretta interpretazione dei bisogni dei pazienti affetti da una malattia che interferisce in modo significativo sulla Qualità della Vita.

### **Che cosa si intende con “desiderio di anticipare la morte”?**

Quanto segue è la sintesi di un lavoro (Baluager et al, 2016) che ha visto il coinvolgimento di un gruppo di esperti della comunità scientifica internazionale motivato dalla consapevolezza della mancanza di un “significato condiviso” circa il desiderio di anticipare la morte. In letteratura, nel contesto delle cure palliative, termini come “richiesta” “desiderio” e “anticipare la morte” vengono utilizzati in modo interscambiabile; se da un lato può sembrare comprensibile (appartenendo ad un linguaggio comune), dall'altro c'è il rischio di non cogliere quelle specifiche sfumature proprie della originalità di ciascun individuo che vive un momento di estrema sofferenza. A ciò si aggiunge la possibilità che la persona possa cambiare le sue intenzioni in base al percorso della malattia. Una analoga discriminazione, può verificarsi quando si parla di eutanasia, suicidio assistito, suicidio assistito da un medico, in quanto questa terminologia si riferisce a procedure diverse con specifiche ed importanti implicazioni sul piano clinico, etico, legale e sociale.

Questo lavoro si era prefissato di sviluppare una maggiore chiarezza in letteratura e migliorare la qualità dell'assistenza medica contraddistinta non solo da un sapere tecnico ma anche e soprattutto da una “*dimensione umana*”. Questa analisi ha visto il coinvolgimento di 24 professionisti provenienti da 19 istituti europei canadesi e statunitensi. Dopo una revisione in letteratura con le key words “*wish to die*”, “*wishto hastenddeath*”, “*desire to die*”, “*desire for death*” e “*desire for early death*” finalizzata a realizzare un framework concettuale, tutti i professionisti coinvolti si trovarono a Barcellona nel novembre del 2013 per seguire una formazione sul compito che avrebbero dovuto intraprendere; successivamente compilarono un questionario con il quale dovevano esprimere il grado di accordo rispetto alla parola chiave ed a una definizione riportata (scala Likert). Seguì una discussione circa i risultati di questo lavoro nell'ottica della negoziazione, con l'obiettivo di non tralasciare alcunché di quanto era emerso e di quanto era oggetto di disaccordo.

Il risultato finale, che si riferisce ad un fenomeno multifattoriale, si identifica in questa definizione:

*“The wish to hasten death is a reaction to suffering, in the context of a life-threatening condition, from which the patient can see no way out other than to accelerate his or her death. This wish may be expressed spontaneously or after being asked about it, but it must be distinguished from the acceptance of impending death or from a wish to die naturally, although preferably soon. The WTHD may arise in response to one or more factors, including physical symptoms (...), psychological distress (...), existential suffering (...) or social aspects (...).”*

Questa affermazione è molto complessa e verrà ampliata nel paragrafo successivo, dove troveranno spazio le prospettive del paziente al fine di cogliere gli elementi sottostanti il desiderio di anticipare la morte facendo ricorso all'eutanasia, al suicidio assistito o al suicidio assistito dal medico.

Per una chiarezza esplicativa seguiranno alcune definizioni proposte dall'EAPC<sup>2</sup> (Materstvedt et al, 2004) :

- L'eutanasia è *“L'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa”*.
- Il suicidio assistito dal medico è: *“L'azione di aiutare intenzionalmente da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa”*.

### **La richiesta di eutanasia: desiderio di accelerare la morte o altro?**

Per un clinico, affrontare la richiesta di un paziente di morire e quindi anticipare la morte, è sempre un momento impegnativo; in questa occasione infatti è direttamente chiamato a confrontarsi con emozioni intense del paziente, del familiare ma anche e soprattutto con le proprie; si trova di fronte ad una sfida per la cui gestione diventa fondamentale un approccio multidisciplinare affinché i vari “aspetti” del lavoro siano “distribuiti” all'interno dello staff e tutti possano condividere le emozioni (anche di paura) elicitate dal “fine vita”. La morte, sia essa “naturale” che “indotta” è contemporaneamente un fatto individuale e relazionale e, in una prospettiva bioetica, non può mai perdere dignità perché resta sempre vita accanto a vite ( MariaChiara Marsella, Tesi: “Il diritto di

---

<sup>2</sup> Queste definizioni sono state tratte dalla Rivista Italiana di Cure Palliative , 2004, 6 (1)

fronte all'eutanasia ed alla morte"); in questi momenti l'intervento clinico dovrebbe creare le condizioni per favorire una buona morte finalizzato a permettere una "buona morte" o un "morte dignitosa" (Huxtable, 2003). Per tale motivo non può non tenere conto della specificità relazionale ed esistenziale trovandosi di fronte ad un paziente che vive una "minaccia" per la propria esistenza.

Numerose sono le ricerche presenti nelle banche dati internazionali condotte nel corso di questi ultimi venti anni, successivamente ai mutamenti sociali e legislativi inerenti la legalizzazione ed il riconoscimento delle procedure dell'eutanasia, del suicidio assistito e del suicidio assistito dal medico. Il target è rappresentato da medici e pazienti che vivono una condizione di terminalità. Cito, ad esempio, una ricerca condotta con pazienti di cure palliative avente lo scopo di indagare l'incidenza delle affermazioni attestanti il desiderio di morire; del 10% della popolazione in carico a cure oncologiche specialistiche, il 7.3% esprimeva il desiderio di morire, il 2.5% desiderio di ricorrere all'eutanasia; in entrambi le categorie le scelte non erano condizionate da aspetti "fisici", quanto piuttosto da quelli emotivi e spirituali (Guell, 2014). Anche il setting sembra rappresentare un fattore condizionante le decisioni di fine vita l'eventuale desiderio di morire: una ricerca condotta in quattro paesi europei (Belgio, Danimarca, Svezia, e Svizzera tedesca) ha evidenziato come il contesto domestico (confrontato con quello ospedaliero e delle strutture residenziali sanitarie) sembra garantire un setting in cui il paziente esprime oltre le scelte terapeutiche, anche i suoi desideri più profondi (Cohen, 2007).

Dalla ricerca si rilevano interessanti riflessioni su quali siano i motivi per cui la persona esprime la richiesta di anticipare la morte. Studi controllati e condotti su pazienti ricoverati in hospice e case di riposo (Guy, 2006), hanno evidenziato, tra le motivazioni, la perdita di partecipare ad attività piacevoli, la perdita di autonomia, la presenza di depressione maggiore (non sempre correlata all'eutanasia), la qualità dei rapporti sociali (piuttosto della quantità), la difficoltà nel trovare un significato superiore che protegga dal sentimento di disperazione. Quindi emerge la dimensione psicosociale più che quella fisica e questo trova sostegno nell'approccio bio psico sociale sostenuto dall'OMS e "faro" delle cure palliative.

I fattori sopra indicati ed evidenziati con la ricerca raffigurano la punta di un iceberg, pertanto se vogliamo evitare di scivolare in ambiguità e discriminazioni (come citato nel precedente paragrafo) dobbiamo partire dalla consapevolezza che il desiderio del paziente di vivere o di volere l'eutanasia non va considerato semplicemente come uno "stato mentale", bensì come un processo di decision making. Diventa necessario per comprendere tale concetto in modo esaustivo, fare riferimento alla sua "*anatomia costitutiva*" ovvero ai pensieri/processi che lo precedono e a quelli che lo seguono (Ohnsorge, 2014; 2014).

I ricercatori in più occasioni hanno confermato che il desiderio di morte è suscettibile di cambiamenti imputabili alla sua multifattorialità che si descrive in tre dimensioni: le intenzioni, le motivazioni e le interazioni.

La motivazione (la parte sommersa dell'iceberg) sottostante il desiderio di morire, spiega "il perché" e comprende tre componenti: le ragioni, i significati e le azioni. Le ragioni comprenderebbero eventi quali la solitudine, i problemi finanziari, l'assenza di una rete assistenziale e possono collocarsi nel modello bio psico sociale già indicato in precedenza. Le interazioni si collocano nel contesto socio-culturale e si riferiscono alle comunicazioni dirette ed indirette di tale richiesta. È opportuno sottolineare questo fattore, in quanto la dichiarazione all'esterno e la condivisione con l'altro conduce a modificare le relazioni e conseguentemente l'ulteriore, possibile significato che il paziente attribuisce al desiderio espresso (ad esempio confermandosi o cambiando idea).

Una particolare l'attenzione è stata rivolta alle intenzioni. Queste ultime possono essere descritte in un continuum che si estende dal desiderio di vivere al desiderio di morire (*will*) con azioni conseguenti: eutanasia e suicidio assistito.

Questi enunciati (per la cui descrizione specifica si rimanda al lavoro degli autori), hanno un valore fondamentale per le conseguenti implicazioni cliniche; spesso nei resoconti dei pazienti coesistono più affermazioni, talvolta contraddittorie e per lo stesso paziente (in base alle condizioni fisiche della malattia, il proseguo delle terapie ed il contesto sociale) possono nel corso del tempo assumere "peso" diverso. In un setting clinico, non è possibile pensare ad un modello temporale lineare, è piuttosto riscontrabile una transizione dal "to wish" al "to will" soprattutto qualora siano presenti situazioni di fragilità, immobilità, depressione e demenza. Paradossalmente pazienti che riferiscono un forte desiderio di morte, potrebbero indirettamente esprimere il desiderio di vita nella consapevolezza della sua fine naturale. Nella pratica clinica, in altre parole, si dovrebbe mantenere la distinzione operata da questo modello tra ragioni e significati: infatti tra le ragioni che motivano la richiesta di una morte anticipata, riscontriamo il dolore, l'ansia, il peso esistenziale, la solitudine, le preoccupazioni finanziarie; esse rappresentano un "contesto" rispetto al quale i medici si sentono "limitati" perché formati a trattare aspetti principalmente "biologici"; il rischio conseguente è quello di etichettare il paziente come contraddittorio e depresso. Il clinico pertanto dovrebbe disporre di competenze comunicative per facilitarlo nella narrazione, affinché in occasione di tale condivisione giunga o meno a confermare (confermarsi) il desiderio di porre fine alla propria vita. Ecco allora che il trattamento centrato sul paziente può essere migliorato attraverso una profonda comprensione dei suoi desideri caratterizzati anche dalla coesistenza di significati contrastanti, affinché il "*wish to*

*die*” diventi uno “spazio” dal quale lasciare emergere aspetti relazionali ed esistenziali e trasformare il limite nell’ elemento costitutivo dell’esperienza umana.

## **Discussione**

Sulla base di quanto precedentemente descritto, appare chiaramente la complessità del fenomeno dell’eutanasia che coinvolge numerosi settori delle scienze umane, ovvero l’etica, la medicina, la filosofia e la giurisprudenza ( <http://www.filodiritto.com> ).

In Italia infatti al momento attuale il legislatore non è ancora pervenuto ad una chiara elaborazione rispetto ad un aspetto così delicato e complesso che dal punto di vista giuridico chiama in causa gli atti a disposizione del proprio corpo. La complessità sta nel trovare un equilibrio tra la libertà di disporre della propria vita (tanto cara ai bioeticisti laici) e la presenza di norme e divieti finalizzate ad impedire gli eccessi. In particolare, nel nostro paese, il contrasto ha luogo tra quanti sostengono un approccio tradizionale (che si rifanno alla tradizione derivata dall’idea della sacralità della vita e della non totale disposizione per l’individuo) e quanti sostengono una concezione mutuata dal principio dell’autonomia dell’individuo a vantaggio della qualità della vita (in questo caso il progresso tecnologico rappresenta un utile strumento per condizionare la durata della vita umana).

Mantenendo la prospettiva giuridica, un aspetto centrale ed oggetto di acceso dibattito, è il consenso alle procedure, inteso come una manifestazione di volontà sostenuta dalla presupposta capacità di intendere e volere. Ne consegue che per una scelta così delicata quale è l’eutanasia (come si evidenzia anche dagli studi condotti in specifici ambiti della medicina e descritti precedentemente) diventa particolarmente difficile che altri possano agire o decidere per conto del paziente; questo trova riscontro nel clamore sollevato in occasione di sentenze emesse dai tribunali che spesso si sono concluse facendo riferimento ad orientamenti e principi propri dell’ordinamento europeo. A tal proposito, nell’intento di mantenere una prospettiva allargata, è importante tenere in considerazione alcune conclusioni inerenti la pratica dell’eutanasia e del suicidio assistito dal medico in quei paesi dove godono di riconoscimento giuridico (Pereira, 2011). In particolare le perplessità sollevate comprenderebbero i seguenti aspetti:

- le modalità utilizzate per ottenere il consenso del paziente;
- la rigosità osservata da parte degli enti preposti nel controllare le linee guida previste per le specifiche procedure ;
- la formazione dei medici preposti a indagare la richiesta del paziente;

- il ricorso di tale pratica per categorie vulnerabili o inizialmente escluse dalla legislazione iniziale (ad esempio over 70 che dichiarano “stanchezza di vivere”).

Tra questi aspetti, sopra elencati, un elemento importante riguarda sia l’acquisizione del consenso sia l’analisi della domanda, intendendo con quest’ultimo aspetto la necessità di sviscerare dalla richiesta del paziente le cause e verificarne l’appropriatezza; il clinico nell’assolvere questa funzione occupa una posizione di grande responsabilità (medica, etica, giuridica), che trova riscontro nella complessità sottostante il processo di decision making cui segue la richiesta di anticipare la morte o di desiderarla.

Una ricerca condotta in Svizzera inerente le ragioni sottostanti la richiesta di suicidio assistito, ha sondato il punto di vista dei medici e dei pazienti (Fisher, 2009); il confronto tra i due elaborati aveva evidenziato il seguente rapporto tra le cause riferite/considerate:

- il dolore: pazienti il 56% vs il 58% dei medici;
- il bisogno di cure a lungo termine: pazienti il 37% vs il 39% dei medici;
- i sintomi neurologici: pazienti il 35% vs il 32% dei medici;

Più di 1/3 delle persone che chiedevano il suicidio assistito citava la necessità di controllare la propria morte, la perdita della dignità (39%), mentre i medici consideravano meno frequentemente questi aspetti (12.38%).

Queste riflessioni, sollecitate dal breve excursus giuridico, chiamano in causa alcune conclusioni elaborate dalla task force sull’etica promossa dall’EAPC, partendo dalla possibile legalizzazione dell’eutanasia: la necessità di proteggere le persone vulnerabili, lo scarso sviluppo delle cure palliative (è lecito tuttavia ricordare che anche in presenza di una buona qualità di cure palliative si assiste alla richiesta di anticipare la propria morte da parte dei pazienti), la possibile presenza di conflitti tra i requisiti personali e professionali di medici e altre professioni sanitarie, il possibile aumento di uccisioni di tipo “involontario” e “non volontario”.

In una prospettiva etica, è fondamentale mantenere un dialogo diretto tra quanti promuovono l’eutanasia ed il suicidio assistito dal medico e quanti sono contrari a legalizzarli, mantenendo come punto di riferimento la responsabilità che tutte le società hanno di fornire assistenza a tutti i cittadini senza alcuna discriminazione di tipo utilitaristico, economico o altro. È un obiettivo arduo che indubbiamente comporterà per



molto tempo in futuro un acceso dibattito, vista l'eterogeneità culturale che caratterizza ogni paese.

## **Conclusioni**

L'eutanasia, a seguito del progresso tecnico scientifico, dei mutamenti demografici con l'aumento di anziani e disabili l'aumento della spesa sanitaria, rappresenta una sfida per la medicina e la società, per il personale sanitario quindi per l'intera collettività. Ne derivano riflessioni fondamentali sulla vita umana, sul morire e la morte, sull'intervento medico soprattutto sempre più supportato dai rapidi progressi tecnologici che non possono non sollecitare interrogativi connessi all'accanimento terapeutico; per questo motivo potrebbe accadere che i pazienti temano che la loro vita venga inutilmente prolungata o possa terminare tra sofferenze insopportabili. Questa preoccupazione, individuale e sociale può trovare compensazione nella presenza (all'interno delle possibili cure erogate da un sistema sanitario) delle cure palliative, che (basandosi sulle dichiarazioni dell'OMS) affermano la vita e considerano la morte come un normale processo, senza anticiparla o posticiparla (Radbruch, 2010). Tuttavia, il timore della morte e della sofferenza porta l'uomo a porre fine alla vita, esprimendo dapprima il desiderio di morire (to wish) e successivamente intraprendendo un'azione vera e propria per realizzarlo (to will). Molta ricerca è richiesta allo scopo di colmare eventuali fraintendimenti e realizzare una esaustiva comprensione di questo intimo desiderio (permeato di aspetti esistenziali e spirituali) da parte del professionista sanitario, membro di un'équipe, che "incontra il paziente e la sua richiesta".

A conclusione è interessante ricordare ad esempio la tribù dei Dangleat, una cui norma stabilisce che si diventa membri del gruppo solo dopo essere passati attraverso l'esperienza di malattia, dunque in questa società la malattia è "cultura", perché fonte di "valore" (Di Mola, 2017). L'auspicio è che nel nostro contesto sociale dove, di fronte al malato grave la prima reazione è quella dell'isolamento e dell'alienazione, si possa (grazie alla divulgazione delle cure palliative e della maggiore apertura nei confronti del tema della morte) garantire a questi malati la possibilità di vivere il momento della finitudine attornati da una rete "formale ed informale" capace di sostenerli nel soddisfare tutti quei bisogni collocabili nel continuum tra la dimensione delle necessità "biologiche/organiche" e quella spirituale del fine vita.

## BIBLIOGRAFIA

- Balaguer, A., et al (2016). An International Consensus Definition of the Wish to Hasten Death and Its Related Factors. *PLOS ONE*, 4, 1-14.
- Becker, E. (1973). *The denial of death*. New York: The free press
- Cohen, J., et al (2007). End-of-life decision-making in Belgium, Denmark, Sweden and Switzerland: does place of death make a difference?. *J Epidemiol Community Health*, 61, 1062-1068.
- Di Mola, G. (2018). Permanenza o assenza della ritualità nella società occidentale contemporanea. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, XX(1).
- Di Mola, G. (2017). La malattia come il valore e il potere della morte. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, XIX(4).
- Di Mola, G. (2017). Far passare nel valore ciò che in natura corre verso la morte. *Rivista Italiana di Cure Palliative*, XIX(3).
- Fischer, S., et al (2009). Reasons why people in Switzerland seek assisted suicide: the view of patients and physicians. *SWISS MED WKLY*, 139(23-24), 333-338.
- Güell, E., Ramos, A., Zertuche, T., & Pascual, A. (2015). Verbalized desire for death or euthanasia in advanced cancer patients receiving palliative care. *Palliative & Supportive Care*, 13(2), 295-303.
- Guy, M., Stern, T.A. (2006). The Desire for Death in the setting of Terminal Illness: A Case Discussion. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 8(5), 299-305.
- Huxtable, R., Campbell, A.V. (2003). Palliative care and the euthanasia debate: recent developments. *Palliative Medicine*, 17, 94-96.
- Materstvedt, L., G., et al (2003). Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force. *Palliative Medicine*, 17, 97-101
- Maxfield, M., Greenberg, J., Psyzcznski, T. (2014) Affrontare la morte in età avanzata: alcune prospettive sulla gestione del terrore durante l'invecchiamento. *The inquisite mind*, (6)

Ohnsorge, K., Gudat, H., Rehmann-Sutter, C. (2014). Intentions in wishes to die: analysis and a Typology- A report of 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *Psycho-Oncology*, 23, 1021-1026.

Ohnsorge, K., Gudat, H., Rehmann-Sutter, C. (2014). What a wish to die can mean: reasons, meanings and functions of wishes to die, reported from 30 qualitative case studies of terminally ill cancer patients in palliative care. *BMC Palliative Care*, 13:38.

Pereira, J. (2011). Legalizing euthanasia or assisted suicide: the illusion of safeguards and controls. *CURRENT ONCOLOGY*, 18(2).

Radbruch, L., et al (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 1-13.

Radbruch, L., et al (2009). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1- recommendations from the European Association for Palliative Care. *Eur J Palliat Care*, 16, 278-289.

Wilson, K.G., et al (2007). Desire for euthanasia or physician-assisted suicide in palliative cancer care. *HealthPsychol*, 26(3), 314-323

Testoni, I. (2015). *L'ultima nascita*. Torino: Bollati Boringhieri.

Thomas, L. V. (2006). *Morte e potere*. Torino: Edizioni Lindau

### **Sitografia**

<https://www.tesionline>

<http://www.tmt.missouri.edu/>

[http://digilander.libero.it>manifesto\\_bioeticaica](http://digilander.libero.it>manifesto_bioeticaica)

<http://www.filodiritto.com/diritto/penale>

