

Cure palliative, suicidio assistito, eutanasia: riflessioni per un confronto possibile

SONIA AMBROSET

Psicologa, Associazione Vidas, Milano

Pervenuto il 21 giugno 2020. Accettato il 29 giugno 2020.

Riassunto. Il presente contributo offre alcune suggestioni mirate a consentire un dialogo aperto e onesto sui temi indicati, che sono tra loro correlati in quanto espressione di tutte le possibilità del processo del morire. A partire dalla necessità del confronto, l'intento dell'intero contributo è aprire qualche domanda in relazione a parole e concetti che di fatto orientano la pratica del mondo dei curanti, ma non sempre vengono sufficientemente problematizzati. La lente che viene proposta è principalmente quella delle scienze umane e della psicologia con particolare riferimento all'approccio fenomenologico, che viene individuato come congruente rispetto alle questioni trattate. Il percorso che viene proposto identifica in prima battuta alcune parole-chiave che vanno incluse in qualunque considerazione si voglia fare per avvicinarsi al dibattito sul tema dell'aiuto medico a morire. Identità, autodeterminazione, fragilità, comunicazione, responsabilità, vengono proposte come categorie da prendere in esame e ne viene data una lettura di tipo esperienziale lasciando alla bibliografia il compito di aiutare il lettore interessato ad approfondirle.

Parole chiave. Approccio fenomenologico, identità, autodeterminazione, fragilità, comunicazione, responsabilità.

Palliative care assisted suicide, euthanasia: reflections for a possible comparison.

Summary. This contribution offers some suggestions aimed at allowing an open and honest dialogue on the indicated themes, which are related to each other as they express all the possibilities of the dying process. Starting from the need for comparison, the intent of the entire contribution is to open a few questions in relation to words and concepts that actually guide the practice of the world of carers, but are not always sufficiently problematized. The lens that is proposed is mainly that of the human sciences and psychology with particular reference to the phenomenological approach, which is identified as congruent with respect to the issues that are treated. The path that is proposed first identifies some key words that must be included in any consideration you want to take to get closer to the debate on the topic of medical aid to die. Identity, self-determination, fragility, communication, responsibility are proposed as categories to be examined and an experiential reading is given, leaving the bibliography the task of helping the interested reader to deepen them.

Key words. Phenomenological approach, identity, self-determination, fragility, communication, responsibility.

Introduzione

Il titolo della tavola rotonda proposta nel corso del XXVI congresso nazionale SICP (2019), *"Cure palliative, suicidio assistito, eutanasia: conflitto, confronto o convivenza?"* è di per sé indicativo della complessità dei contenuti da affrontare.

Proprio per questo, chi scrive vuole offrire alcune riflessioni che si inseriscono in una cornice di fondo da cui si ritiene necessario partire, per non incorrere in riduzionismi che penalizzerebbero la ricchezza del dibattito.

La cornice a cui ci riferiamo vede il processo del morire come dato costitutivo della condizione umana, che modifica l'intera percezione di sé, in quanto caratterizzato dalla sua *definitività e irripetibilità*, e dunque è un campo che deve essere conosciuto (e anche operativamente gestito) attraverso più chiavi di lettura e più sguardi professionali, nella consapevolezza che non può esserne ridotta la complessità né restituita la sua intera "verità". Solo chi muore sa cosa accade veramente nel corso di questa esperienza

e solo quando ci accadrà in prima persona sapremo davvero come lo affronteremo.

In questa prospettiva, un approccio di tipo fenomenologico risponde in modo congruente alla natura dell'esperienza del morire e consente, a chi accompagna la persona, di entrare in contatto in modo intimo e consapevole con la propria finitudine. Come afferma D. Bruzzone, *"La vita soggettiva... si comprende solo attraverso la soggettività e un approccio oggettivante non può che snaturarla. Ciò che vige nell'osservazione scientifica della natura non vale necessariamente per la conoscenza dell'umano"*¹.

A partire dalla necessità del confronto, l'intento dell'intero contributo è dunque soltanto quello di aprire qualche domanda in relazione a parole e concetti che di fatto orientano la pratica del mondo dei curanti, ma non sempre vengono sufficientemente problematizzati.

La speranza di chi scrive è che questo apra il confronto interno al mondo delle cure palliative (CP) a partire dall'essenza del problema: la sofferenza delle persone. Sofferenza che accompagna l'esperienza del vivere e ancor più quella del morire e che chiede a

tutti di essere ascoltata e possibilmente alleviata, nella consapevolezza che la relazione di cura è portatrice di bene, ma anche di potere e responsabilità.

La necessità del confronto

I temi di cui si tratta in questa sede non possono essere elusi da chi opera in CP perché “come” morire è il focus stesso della cura e richiede la disponibilità ad affrontare tutto quanto emerge alla fine della vita. In ogni caso, la morte resterà un’esperienza in gran parte poco conoscibile attraverso le categorie scientifiche a cui siamo avvezzi e dunque va inclusa in un’epistemologia della complessità che integri modelli conoscitivi diversi e articolati e una visione dell’esperienza umana che non è per sua natura oggettivabile.

L’esperienza pratica dell’accompagnamento delle persone che muoiono, d’altro canto, mette in luce quanto le domande siano sempre ben più numerose delle risposte e costringano a cercare percorsi relazionali adeguati di volta in volta, caso per caso, e a rivedere costantemente le categorie scientifiche a cui facciamo riferimento, le pratiche operative, i processi conoscitivi ed epistemologici che utilizziamo. Accompagnare chi muore costituisce inoltre un’opportunità unica, ben espressa da Luciano Orsi quando propone di lasciarsi coinvolgere dalla riflessione sulla propria morte, per esplorare più a fondo le nostre convinzioni morali e creare “uno spazio interiore per ‘valutare sentendo se stessi’, per giungere ad una consapevolezza che tenga conto della globalità dei vissuti, nostri, dei malati e dei familiari con cui veniamo a contatto nei percorsi di cura o nelle esperienze personali”².

È da questa consapevolezza che si è sviluppato fin dalle origini il mondo delle CP nel quale la più importante rivoluzione epistemologica risiede nel concetto stesso di “dolore globale”, che dà conto dell’unicità della sofferenza che si può sperimentare al termine dell’esistenza³.

Un mondo, quello delle CP, che più di qualunque altro è tenuto a fornire il proprio contributo sia culturale che operativo, in relazione al tema delle scelte di fine vita. Chi vi opera ha deciso di spendersi umanamente e professionalmente proprio in questa fase della vita dell’essere umano e non può dunque esimersi da riflessioni che hanno una valenza antropologica ed esistenziale prima ancora che sanitaria.

È il mondo in cui, fortunatamente, la morte e il morire non sono parole “indicibili”.

È il mondo in cui chi lavora quotidianamente può osservare quanto accade quando si muore.

È il mondo che ha scelto di impegnarsi per non lasciare soli gli esseri umani in un momento cardine dell’esistenza.

È il mondo che dichiara come valori fondanti la cura globale della persona, la cura delle relazioni, la salvaguardia dei valori della dignità e della qualità della vita, il rapporto «laico» con il dolore e la sofferenza, l’integrazione delle professioni come metodo

specifico di lavoro. Si tratta dunque di una cultura che, per essere promossa e consolidata, deve poter vedere i suoi rappresentanti (curanti professionisti e volontari dedicati) capaci di includere nella propria area conoscitiva tutte le possibili esperienze del morire, senza paura e con profonda saggezza^{aa}.

Il presente contributo intende dunque costituire un primo passo in questa direzione e offrire alcune suggestioni mirate a consentire un confronto aperto e onesto su temi tra loro correlati. La lente che viene proposta è principalmente quella delle scienze umane e il percorso che viene individuato risente dei limiti di chi esercita la professione di psicologa in CP, ma anche le potenzialità di chi si “sporca le mani” quotidianamente con i malati, i loro familiari e gli operatori a partire dalla consapevolezza che la morte non è solo quella degli altri, ma anche la propria.

Il percorso che viene proposto identifica in prima battuta alcune parole chiave che vanno incluse in qualunque considerazione si voglia fare per avvicinarsi al dibattito sul tema dell’aiuto medico a morire. Al di là del prendere semplicemente posizione, si tratta infatti di entrare nel merito di quanto accade concretamente e questo richiede di affrontare alcune categorie interpretative che sono costitutive del lavoro di cura, il cui significato viene dato il più delle volte come scontato e condiviso⁴.

Identità, autodeterminazione, fragilità, comunicazione, responsabilità, vengono proposte come categorie da prendere in esame e ne sarà data una lettura di tipo esperienziale lasciando alla bibliografia il compito di aiutare il lettore interessato ad approfondirle.

Identità, autodeterminazione, fragilità

Nell’accostarsi al dibattito sull’aiuto medico al morire attraverso la letteratura, in diversi contributi si fa riferimento alle categorie sopra citate, che sono anche il campo di interesse specifico delle scienze umane applicate al contesto sanitario.

Si tratta di categorie su cui si basa l’essenza stessa della psicologia applicata al mondo delle CP: quando uno psicologo conversa con il malato, in tutte le fasi della malattia, è proprio in questo ambito che ci si muove ed è all’interno di queste categorie che diventa possibile dare un contributo al processo decisionale e comunicativo dei diversi interlocutori (malato, entourage familiare, operatori della cura).

Quando un malato chiede di abbreviare il tempo che lo separa dalla morte, l’approfondimento del senso della sua richiesta è possibile solo se qualcuno è in grado di ascoltare fino in fondo, senza giudizio, ciò

^a Il richiamo alla saggezza è ben espresso da Gamberini P in “Consapevoli di morire”, www.SettimanaNews.it, come commento al documento del CNB, Riflessioni bioetiche sul suicidio medicalmente assistito, del 18 luglio 2019. Per chi fosse interessato ad un approfondimento dell’intero dibattito segnaliamo il sito: www.bioetica.governo.it

che la persona sta sperimentando e solo se la relazione di cura si struttura sulla dimensione dei significati.

È ciò che Letizia Caronia chiama “responsabilità epistemologica” degli operatori: un atteggiamento che favorisce la correzione delle derive riduzionistiche e deterministiche della scienza, contribuendo a configurare un’immagine integrale dell’essere umano⁵.

L’ascolto profondo, diretta conseguenza di questa visione, consente poi la formulazione delle domande chiave che consentono al malato di chiarire a se stesso la propria richiesta, di valutarne le conseguenze, di prendere in esame tutte le variabili che influiscono sul suo processo decisionale.

Si tratta dunque di favorire e facilitare un percorso di autoriflessione che consenta successivamente ai curanti di agire nel rispetto della persona, delle sue convinzioni, dei significati soggettivi che attribuisce alla propria storia di vita e all’esperienza che sta vivendo accostandosi alla morte, che è unica e definitiva: è solo da questo terreno che si può partire per parlare di qualità della vita e, conseguentemente, di qualità del morire come espressioni della dignità della persona⁶⁻⁹.

Compito di chi accompagna è dunque disporre di un metodo di lavoro che renda evidenti le argomentazioni che stanno alla base della richiesta del malato e dare così lo spazio dovuto alla sua possibilità di autodeterminarsi. In assenza di questo processo, aumenta il rischio che l’operatore attribuisca i propri significati alla condizione che sta vivendo la persona, negando dunque l’identità.

Alla legittima domanda di Ferdinando Cancelli “se la scelta di morire sia espressione di vera libertà”¹⁰ ci sentiamo di rispondere non sul contenuto, ma sul metodo. Concordando sul fatto che nessun curante (anche i non-medici) possa essere identificato come mero esecutore delle richieste del malato, riteniamo anche che l’essere umano non possa essere inteso come mero territorio dell’altro e dunque il semplice frutto di condizionamenti sociali e culturali, come viene sostenuto dall’autore.

Il diritto all’autodeterminazione è, ovviamente, il nodo centrale della questione, ma non ci sembra possa essere risolto in chiave dicotomica, bensì nell’esercizio concreto di un dialogo tra umani che sappia cogliere la dimensione soggettiva e attuale della richiesta di abbreviare il tempo della propria vita^{bb}.

È solo all’interno di questo dialogo, oltre tutto, che diventa possibile individuare tutte le possibilità di intervento volte a verificare se veramente l’anticipazione della morte è l’unica strada possibile da percorrere, o se sia possibile individuare altre vie per vivere fino in fondo il tempo dell’attesa.

^b Solo a titolo esemplificativo, cito le numerose situazioni in cui la persona non vuole sentirsi un peso per i familiari e questo viene letto automaticamente come indice di pressioni esterne (relazionali e/o socio-culturali). Ben diverso è questo stato d’animo se visto come espressione del proprio concetto di dignità e ruolo genitoriale, indipendente dunque dalle effettive relazioni esistenti in famiglia o dalle convenzioni culturali esterne. Solo un sincero e non preconcepito dialogo con la persona può aiutare a cogliere questa differenza e dare conto del suo effettivo stato di sofferenza.

Si tratta dunque di esplorare il desiderio di autodeterminarsi in tutte le sue sfaccettature.

Non è in due righe che si può affrontare questo tema e dunque ci si limita a sottolineare come, relativamente ai temi legati alla morte medicalmente assistita, si ritiene indispensabile definire il più chiaramente possibile il significato che si vuole dare al concetto di autodeterminazione di fronte alle scelte di fine vita e non sovrapporlo automaticamente all’uso che ne viene fatto in altri contesti.

Il concetto stesso di fragilità va definito, anche solo distinguendo gli aspetti biologici da quelli psicologici non sovrapponendoli o considerandoli automaticamente connessi^{cc}. La testimonianza diretta di chi ha chiesto di abbreviare la propria vita è in questo senso illuminante¹¹.

Una lettura più articolata di questo concetto andrebbe anche elaborata rispetto alle situazioni di chi giunge al termine della vita e non può più comunicare le sue intenzioni: si tratta di una fragilità connessa alla perdita delle proprie capacità cognitive (a causa di malattie cerebrali, demenze, Alzheimer, ecc.) che richiede una valutazione attenta, soprattutto quando non si può fare riferimento a disposizioni anticipate scritte. Il tema è vastissimo e non possiamo approfondirlo in questa sede, ma ci preme sottolineare che, come evidenziato recentemente nel quadro del Programma Nazionale di ricerca “End of life” (PNR67), attualmente la maggior parte dei medici applica le proprie regole empiriche per stabilire se un paziente è in grado di prendere decisioni o no¹² e pochi sono consapevoli del fatto che sono già disponibili varie linee guida per la valutazione della capacità decisionale di una persona¹³.

Sempre in tema di fragilità, andrebbe infine affrontata la questione dell’aiuto medico a morire nel caso di pazienti depressi o in presenza di patologie psichiatriche: questione sulla quale la letteratura scarseggia e il dibattito si presenta al momento come molto confuso¹⁴.

In questo senso l’impressione di chi scrive è che su questioni così importanti, accettando di non poter avere risposte certe (ed evitando dunque di giungere a risposte riduttive), una delle vie possibili è impegnarsi maggiormente sul metodo che viene utilizzato per valutare di volta in volta i casi che la vita presenta.

Lo sforzo metodologico costringe infatti a rendere visibili i processi con cui osserviamo la realtà e prendiamo decisioni. In questa prospettiva si sottolinea la rilevanza del metodo e non semplicemente degli strumenti (griglie, test, questionari, ecc.) perché si tratta di livelli diversi anche se sovente vengono analizzati come fossero sinonimi¹⁵.

^c Qualcuno può davvero affermare che persone come Piergiorgio Welby e Fabio Antoniani, per citare quelli più conosciuti, possano essere annoverati tra le persone psicologicamente “fragili”? Oppure che persone che sostengono iter di malattia che durano anni, o si adattano a pesanti e progressive perdite di autonomia, non siano esempi eccezionali di resilienza, anche quando dichiarano di voler morire perché esausti?

Il processo comunicativo

“L’espressione di libertà implicita nella richiesta di eutanasia presuppone una completa e adeguata informazione e discussione fra medico e paziente sullo stato della malattia e sulle prospettive di vita e di morte, sempre che il paziente desideri essere informato fino in fondo sulle proprie condizioni. Non è immaginabile parlare di eutanasia quando, come avviene spesso in un contesto culturale quale quello italiano, si dicono al malato pietose bugie o gli si concedono mezze verità, ergendogli intorno una barriera che vorrebbe essere di protezione e che invece non fa altro che sottrarre al paziente dignità e libertà (quando non ho lo scopo principale di evitare ai familiari e al medico l’imbarazzante compito di affrontare con il malato argomenti sui quali essi non sono assolutamente preparati a discutere)”¹⁶.

Le parole, riprese da un documento della Chiesa Valdese, rispecchiano pienamente lo stato delle cose: in CP è ancora molto frequente incontrare malati non a conoscenza di diagnosi e prognosi, familiari che non vogliono venga detta la verità al loro caro, persone che mantengono una forte area illusionale circa le possibilità di ripresa del loro stato di salute anche se in fase terminale, perché incentrati in questo da una comunicazione non chiara.

In Italia c’è ancora molto da fare, sia con il mondo dei curanti che con i cittadini, anche considerando tutte le conoscenze acquisite sulla comunicazione nell’ambito delle scienze umane e che non sono certo patrimonio costitutivo della formazione degli operatori sanitari. Oggi sappiamo quanto comunicare tra esseri umani sia un processo molto complesso e non si limiti all’uso delle parole, ma abbia a che fare con il linguaggio non verbale, con la relazione, con i significati, con le aspettative reciproche, con i contesti in cui la comunicazione avviene, con le relazioni di potere, ecc. Se questo è vero nella normalità dell’esistenza è ancora più vero nelle situazioni critiche come quelle di una diagnosi di malattia inguaribile e in tutte le fasi che seguono questo primo momento.

La comunicazione in ambito sanitario va dunque intesa come un focus centrale delle competenze dei curanti e un processo che coinvolge più figure professionali, in tempi e contesti diversi, ma tra loro integrati. In questa prospettiva andrebbe innanzitutto ampliato il campo delle relazioni di cui si parla solitamente: alla relazione medico-paziente andrebbe forse sostituita la relazione paziente-curanti. Al processo decisionale del paziente contribuiscono infatti più figure professionali. Non è infrequente che il malato apra il dialogo sulla sofferenza e sulle scelte di fine vita con altro personale, sanitario e non (infermiere, psicologo, operatore socio sanitario, volontari). Non a caso, in alcuni Paesi che hanno legiferato relativamente a eutanasia e suicidio assistito, le procedure operative prevedono anche la presenza di figure “altre” (facilitatori, volontari, personale non medico) che accompagnano la persona nell’intero iter della scelta¹⁷.

In questa stessa direzione andrebbe anche ampliato il concetto di “famiglia”: molto spesso i malati esplicitano al di fuori della famiglia i loro bisogni e le loro intenzioni, soprattutto quando esprimono la richiesta di abbreviare la loro esistenza. La legge 219/17 ha opportunamente individuato la figura del fiduciario, che non è sovrapponibile a quella del familiare, ma questo non significa che nella prassi quotidiana italiana la centralità del malato venga automaticamente salvaguardata: il passaggio culturale è ancora tutto da costruire, sia nell’opinione pubblica che nel mondo dei curanti.

Il processo comunicativo in ambito sanitario è inoltre caratterizzato da una cornice relazionale fortemente connessa alla dimensione del “potere” che non può essere misconosciuta e che attraversa tutta l’esperienza del malato e non investe solo la relazione medico-paziente.

La persona malata, soprattutto nella fase finale della malattia, è caratterizzata dalla dipendenza dagli altri e sovente proprio questa variabile è quella vissuta con maggiore disagio: si dipende dai familiari, dagli operatori sanitari, dalle decisioni dei medici, ecc. Lo stato di impotenza non sempre è dato dalla malattia in sé, ma piuttosto dall’identità che viene attribuita al malato dal mondo circostante.

La richiesta di abbreviare la vita, molte volte costituisce dunque la possibilità di riprendere il controllo, e conseguentemente il potere su di sé, che l’identità di malato ha precedentemente requisito. Tale considerazione non deve indurci a rinunciare al tentativo di invitare la persona a rivedere la propria visione; tuttavia non si può nemmeno eludere il problema riportando la questione ad un semplice livello valoriale di carattere universale facendo appello alla vita “sempre” degna di essere vissuta, al di là delle reali condizioni in cui versa un essere umano.

Infine, ci preme sottolineare che se si riduce il processo comunicativo alle tecniche di comunicazione o agli strumenti per dare cattive notizie, come accade sovente nei programmi formativi in ambito sanitario, si rischia di impoverire le possibilità di un dialogo sui temi ben più profondi che le scelte di fine vita impongono.

Ciò che invece potrebbe aiutare è una più attenta valutazione del metodo con cui il mondo dei curanti opera in relazione alla persona malata: vengono rispettati tutti i passaggi della comunicazione (ascolto, esplicitazione delle informazioni in modo comprensibile, verifica del grado di comprensione, disponibilità all’approfondimento anche in tempi successivi)? Sono state indagate tutte le aree conoscitive utili alla presa di decisione? Sono stati coinvolti tutti gli interlocutori congruenti con la situazione del singolo paziente? Le decisioni assunte vengono argomentate? È stato dato spazio ad una relazione in cui la professionalità non sia disgiunta dalla consapevolezza che il morire non è solo dell’altro?

Si tratta di domande di fondo che rendono operativo il principio sostenuto dalla legge 219/17, quando fa riferimento alla “relazione come tempo di cura”.

Responsabilità condivisa?

Ultima riflessione che ci sta molto a cuore perché se ne rileva, sia umanamente che professionalmente, l'estrema complessità. È la vera "zona grigia" in cui è necessario addentrarsi se si vuole che la relazione con il paziente diventi il centro del nostro lavoro.

Il dibattito su eutanasia e suicidio assistito (ma anche su molte delle scelte che si fanno in CP) sono occasioni per mettere in luce alcune contraddizioni di fondo.

- Ci si limita a proporle come un elenco di voci e dunque solo come suggestioni e domande su cui il confronto deve rimanere aperto.
- Ci sono persone orientate ad assumersi la responsabilità diretta della propria vita e altre invece che preferiscono delegare ad altri: questa è la prima differenza che va indagata in modo esplicito. Se non lo si fa, significa inevitabilmente che chi ha il potere nella relazione lo esercita sulla base delle proprie convinzioni, qualunque sia il loro contenuto.
- Il cittadino che decide "ora per allora", e dunque scrive le proprie DAT, sa quello che sta facendo ed è disposto a correre i rischi che ne derivano. Questo vale anche per il cittadino che si affida ad altri; entrambi potrebbero cambiare idea, ma non poter più tornare indietro. Non c'è dunque scelta senza rischio e questo è il livello di responsabilità che ciascuno si assume in prima persona.
- Solo una delle parti dispone delle informazioni che consentono alla persona malata, o a chi è stato da lei delegato, di operare scelte consapevoli: la responsabilità di una corretta, e soprattutto completa, informazione è dei curanti.
- I cittadini devono essere a conoscenza di tutti gli strumenti di cui la medicina palliativa dispone, e questa informazione deve essere offerta il più possibile anticipatamente e con la massima chiarezza. In questo senso, nel mondo delle CP è sempre più urgente una maggiore chiarezza relativamente alla pratica della sedazione profonda e alla sua applicazione anche in caso di distress psico-esistenziale: è infatti questa la motivazione che il più delle volte spinge alla richiesta dell'aiuto medico a morire¹⁸.
- Infine, sottolineiamo ancora una volta che i professionisti della cura devono avere consapevolezza circa le proprie convinzioni personali sui temi delle scelte di fine vita, rendere esplicite le proprie posizioni, laddove divergano da quelle del paziente, e consentire così al malato di scegliere a chi affidarsi evitando le derive manipolatorie che qualunque relazione di cura può nascondere.

Si tratta, in ultima analisi, di lavorare su un'ipotesi di "responsabilità condivisa", perché congruente con un processo decisionale che tiene conto della volontà del paziente e di quella del curante, in una logica di rispetto reciproco.

Conclusioni

Riconoscendo la limitatezza di quanto fin qui esposto e senza alcuna presunzione di verità, concludiamo questo contributo rilevando che la fine della vita è forse l'unica situazione su cui l'essere umano si trova di fronte alla possibilità di fare scelte consapevoli (ovviamente solo quando la vita gli riserva questa possibilità e la morte non è troppo precoce o improvvisa). Non si sceglie di nascere né le condizioni della nascita, ma *come* morire è una possibilità decisionale che, a parere di chi scrive, non andrebbe negata tra esseri umani.

In questa prospettiva riteniamo che molte questioni andrebbero affrontate anche alla luce della dimensione interculturale che, mai come ai nostri giorni, consentirebbe di aprire un confronto ricco e fecondo. I temi connessi alla fine della vita hanno infatti necessariamente una valenza culturale e le diverse comunità umane sono rappresentative della vastità dei significati che possono assumere le scelte individuali e collettive¹⁹.

Questo potrebbe aiutare anche chi, come professionista, è chiamato ad affrontare il tema perché costitutivamente coinvolto: chiunque scelga una professione di cura è dunque chiamato a non tirarsi fuori dall'esperienza della sofferenza del vivere e del morire, dalla fatica di affrontare i dilemmi etici, dall'impegno a coltivare onestà intellettuale e consapevolezza del potere che esercita per il solo fatto che l'altro necessita del suo aiuto.

Conflitto di interessi: l'autrice dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Bibliografia

1. Bruzzone D. Il "fattore umano" e l'approccio fenomenologico nella formazione al lavoro di cura. In *Encyclopaedia*, XVIII (39), 9-20, 2014, p.13.
2. Orsi L. Aiuto medico a morire: una questione su cui riflettere a fondo. *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2019; 21: 205-14.
3. Saunders C. *Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita*. Bologna: EDB, 2008.
4. Magro MB. The last dance. Riflessioni a margine del c.d. caso Cappato. In *Diritto penale contemporaneo*. Milano, 2019.
5. Caronia L. *Fenomenologia dell'educazione. Intenzionalità, cultura e conoscenza in pedagogia*. Milano: Franco-Angeli, 2011.
6. Kung H, Jeans W. *Della dignità del morire. Una difesa della libera scelta*. Segrate: Rizzoli, 1995.
7. Seelman K. La tutela della dignità umana: garanzia di status, divieto di strumentalizzazione, oppure divieto di umiliare? *Ragion Pratica* 2012; 34: 1.
8. Zatti P. La dignità dell'uomo e l'esperienza dell'indegno. *Nuova Giurisprudenza Civile*, 2012, n.6
9. Borgna E. *La dignità ferita*. Milano: Feltrinelli, 2013.
10. Cancelli F. Eutanasia, suicidio assistito e cure palliative: contrasto, confronto o convivenza? *Rivista Italiana di Cure Palliative* 2020; 22: 1-3.
11. Welby P. *Lasciatemi morire*. Segrate: Rizzoli, 2006.
12. Hermann H, Trachel M, Mitchell C, et al. Medical decision-making capacity: knowledge, attitudes, and

- assessment practices of Physicians in Switzerland. *Swiss Medical Weekly*, November 2014 DOI 10.4414/smw.2014.14039
13. Great Britain Departments for Constitutional Affairs, Mental Capacity Act, 2005 code of practice, The Stationery Office, 2007.
 14. Bersani G, Rinaldi R, Iannitelli A. Il suicidio assistito degli italiani in Svizzera e il silenzio della psichiatria. *Rivista di Psichiatria* 2018; 53: 173-6.
 15. Ambroset S., Orsi L., Quando tutto è dolore. *Cure palliative e sofferenza esistenziale alla fine della vita*, Armando, 2017.
 16. Commissione Bioetica delle Chiese Battista, Metodiste e Valdesi in Italia, "È la fine, per me, l'inizio della vita". *Eutanasia e suicidio assistito: una prospettiva protestante*, 2019.
 17. Nuncini S. Sabina, la donna che accompagna chi sceglie il suicidio assistito, *Vanityfair*, 30/10/2019.
 18. Sulmasy L.S., Mueller P.S. For Ethics, professionalism and human right committee of the ethics and the legalization of Physicians Position Paper, *Ann. Intern. Med.* 2017, 167: 576-8
 19. Pinguet M. *La morte volontaria in Giappone*. Milano: Luni Editrice, 2013.