ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

ARCHIVIO ISTITUZIONALE
DELLA RICERCA

Alma Mater Studiorum Università di Bologna
Archivio istituzionale della ricerca

La demografia del fine vita

This is the final peer-reviewed author's accepted manuscript (postprint) of the following publication:

Published Version:
Colombo, A.D., DALLA ZUANNA, G. (2023). La demografia del fine vita. RASSEGNA ITALIANA DI SOCIOLOGIA, a. LXIV(3), 1-491 [10.1423/107578].

Availability:
This version is available at: https://hdl.handle.net/11585/935234 since: 2024-09-15

Published:
DOI: http://doi.org/10.1423/107578

Terms of use:

Some rights reserved. The terms and conditions for the reuse of this version of the manuscript are specified in the publishing policy. For all terms of use and more information see the publisher's website.

This item was downloaded from IRIS Università di Bologna (https://cris.unibo.it/).
When citing, please refer to the published version.

(Article begins on next page)

17 December 2025

La demografia del fine-vita

di Asher Colombo e Gianpiero Dalla Zuanna

Introduzione

Nei paesi a sviluppo avanzato, negli ultimi decenni, i guadagni di sopravvivenza sono stati rilevanti, soprattutto nell'ultimo tratto di vita, ma una parte di questi nuovi anni di vita sono vissuti da molti in cattive condizioni di salute[1]. Paradossalmente, sono proprio le scoperte medico-scientifiche che hanno allungato la durata di vita a determinare come effetto secondario l'incremento dei periodi trascorsi sotto il peso di dolori o disagi da molti considerati insostenibili.

Inoltre, una porzione sempre più elevata di persone ritiene che la durata della propria esistenza non debba essere determinata da Dio, dal fato, da soggetti esterni o da condizioni sulle quali non sia possibile esercitare un controllo, ma debba essere, invece, nella disponibilità del singolo individuo[2].

Gli autori ringraziano Valter Giantin per gli utili commenti a una versione precedente di questo articolo.

[1] Per un settantenne residente nei paesi definiti «a sviluppo avanzato» dalla Divisione della Popolazione delle Nazioni Unite (Europa, Nord America e Giappone), la speranza di vita è passata da 10,1 anni nel 1950 a 12,4 anni nel 1985, a 15,4 anni nel 2020. Nelle sue stime del 2022, lo stesso ente prevede per il futuro prossimo un ulteriore miglioramento di questo indicatore, che raggiungerebbe 19,1 anni nel 2055. Nei 27 stati che costituivano l'Unione Europea nel 2011, la speranza di vita per un sessantacinquenne era di 19,6 anni, ma 4,1 di questi venivano vissuti con gravi limitazioni nelle attività quotidiane, e 4,4 con una percezione soggettiva "cattiva" o "molto cattiva" dello stato di salute (European Health & Life Expectancy EHLEiS 2014).

[2] (Gorer 1955; Parsons 1963; Glaser, Strauss 1965; Gorer 1965; Parsons, Lidz 1967; Glaser, Strauss 1968; Parsons *et al.* 1972; Parsons 1978; Ariés 1978; Ariés 1980; Elias 1982; Cavicchia Scalamonti 1984; Walter 2002; Cohen *et al.* 2006; Verbakel, Jaspers 2010; Norris, Inglehart 2011; Cohen *et al.* 2014; Inglehart 2018; Walter 2020).

Infine, si sono grandemente sviluppate le terapie del dolore, le cure palliative e le terapie per attenuare la sofferenza psichica: a differenza del passato, oggi la medicina è spesso in grado di limitare, e in certe circostanze addirittura di annullare, l'insostenibilità dei dolori e dei disagi fisici che spesso interessano l'ultimo tratto della vita[3].

Nel quadro dei cambiamenti appena descritti, sono sempre più diffuse una serie di azioni/inazioni – che descriveremo più avanti in dettaglio – potenzialmente limitanti la durata della vita. Queste azioni/inazioni possono avvenire su volontà dei sofferenti, dei loro parenti, del personale socio-sanitario che li ha in cura. Non si tratta di situazioni di nicchia: nelle società altamente medicalizzate – quelle di cui ci occuperemo in questo articolo – una proporzione sempre più rilevante di persone è e sarà soggetta a difficili decisioni, che avranno come esito il prolungamento o l'accorciamento dell'ultimo tratto della vita propria, dei propri congiunti e dei propri assistiti. Inoltre, alle autorità legislative e giudiziarie viene sempre più spesso chiesto di intervenire su queste delicate questioni, regolamentando la libertà delle scelte e proteggendo le persone vulnerabili. Infine, tutto fa pensare che – con l'allungamento della vita e la diffusione delle pratiche mediche più avanzate – queste problematiche investiranno rapidamente anche i paesi meno sviluppati (Phua *et al.* 2015).

Lo studio del fine-vita coinvolge numerose discipline, dalla medicina alla psicologia, dalla farmacologia all'etica. La demografia e la sociologia quantitativa possono dare un contributo rilevante: misurare la consistenza dei diversi interventi sul fine-vita, esaminarne gli aspetti differenziali, analizzare i comportamenti e gli atteggiamenti dei diversi soggetti coinvolti (i sofferenti, i loro parenti, il personale sanitario, l'opinione pubblica). Alla luce di questo multiforme materiale di ricerca, è possibile intravvedere ciò che presumibilmente potrà accadere nei prossimi anni, confrontando fra loro i Paesi e i diversi gruppi sociali.

È quanto vogliamo fare in questo articolo, considerando due aspetti indispensabili per fornire un quadro d'insieme sufficientemente completo, anche se certamente non onnicomprensivo.

[3] Su questo, nel contesto italiano, è d'obbligo il rimando a Barbagli (2018). Si tratta di un settore di studi in rapida espansione, che ha visto la crescita di articoli pubblicati su riviste generaliste oltre alla nascita e all'affermazione di riviste internazionali dedicate, tra le quali vale la pena menzionare *Journal of Palliative Care*, *Journal of Palliative Medicine*, *BMC Palliative Care*, *Palliative Medicine*.

Il primo è costituito dall'insieme delle pratiche mediche che – senza indurre direttamente e volontariamente la morte – possono limitare la durata della vita (o pratiche che accorciano la vita). Il secondo include il suicidio assistito e l'eutanasia, ossia quelle morti più o meno direttamente conseguenti ad interventi medici che indicheremo, seguendo un uso consolidato, come EAS (Euthanasia *and* Assisted Suicide). Siamo consapevoli che il confine fra queste due famiglie di pratiche non è sempre ben definibile, ma questa distinzione ci è utile per trattare in modo ordinato questa multiforme materia. Per le EAS consideriamo anche le connessioni con il suicidio attuato senza coinvolgere altri soggetti, in particolare chiedendoci se l'incremento delle morti assistite abbia portato a una riduzione dei suicidi. Infine, nel corso di tutto il lavoro, ci chiediamo se la diffusione di tutte queste pratiche di fine-vita porta e in futuro potrà portare a rallentamenti statisticamente rilevanti dell'incremento della sopravvivenza.

Il nostro obiettivo principale è quindi di fare sintesi su ciò che è finora noto per alcuni aspetti del fine-vita, mettendo assieme i risultati di studi svolti con diversi metodi di ricerca quantitativa: si tratta prevalentemente di indagini campionarie sui comportamenti e sulle opinioni dei soggetti coinvolti nelle decisioni di fine-vita, meta-analisi, ricerche su grandi basi di dati, analisi di dati ufficiali. Particolare attenzione è stata riservata alle ricerche per quei paesi dove da decenni le EAS sono permesse (in particolare Oregon, Olanda, Belgio e Svizzera) per cui è assai interessante vedere come eutanasia e suicidio assistito si accompagnino alle altre scelte mediche di fine-vita.

Nella seconda parte, quella che fa riferimento alle EAS, utilizziamo anche nostre analisi originali su dati di registro pubblicati dai diversi paesi dove le EAS sono permesse. Come vedremo in dettaglio, quest'ultimo lavoro è stato difficile, perché questi dati oggi vengono per lo più diffusi in modo non standardizzato, rendendo improbe le necessarie sistematiche comparazioni internazionali. La scelta di basare questo articolo su dati quantitativi non vuole certo svalutare le importanti ricerche svolte – anche in questo difficile campo – con tecniche di tipo qualitativo (si vedano, tra le altre, le recenti ricerche di Van der Geest, Satalkar 2021; Pronk *et al.* 2022; Kurkowski *et al.* 2022). In questo come in moltissimi altri aspetti della sociologia e della demografia, la conoscenza viene arricchita dall'utilizzo complementare e integrato di tutte le tecniche possibili e le fonti disponibili.

Prima di iniziare, definiamo qualche termine seguendo le prassi più utilizzate in letteratura. Il suicidio assistito è il decesso auto-indotto da un paziente con l'assistenza di un medico o di altre figure, ad esempio grazie alla fornitura e al dosaggio di un farmaco. Per eutanasia, invece, intendiamo la morte direttamente indotta dal medico, sia su richiesta del paziente, *sia senza una sua esplicita richiesta*. Fra le EAS non consideriamo le morti accelerate dalla sospensione o dalla mancata attivazione di trattamenti vitali, oppure quelle occorse precocemente, se avvenute secondo il principio bioetico del cosiddetto «duplice effetto», per cui si tollera un evento anche negativo come la morte, se avviene durante un trattamento che aveva come intenzione la riduzione della sofferenza del paziente, ad esempio durante un appropriato percorso di cure palliative (Comitato Nazionale per la Bioetica 2016).

Pratiche mediche diverse dalle EAS che possono limitare la durata della vita

Queste pratiche sono classificabili in due categorie: quelle che prevedono la sospensione o la mancata attivazione di terapie farmacologiche e sostegni vitali (idratazione, nutrizione, ventilazione, ma anche cura di infezioni o interventi chirurgici); e le terapie del dolore e le cure palliative, inclusa la *sedazione palliativa profonda nella fase terminale della vita* che, come effetto secondario e non intenzionale, possono anticipare il momento del decesso.

A quanto ne sappiamo, in nessun paese le rilevazioni statistiche sanitarie rendono possibile il collegamento sistematico per via statistico-amministrativa fra questo tipo di pratiche e le modalità di decesso del paziente, con la parziale eccezione di alcune grandi basi di dati assicurativi (vedi ad esempio Miesfeldt *et al.* 2012). Nelle conclusioni riprenderemo questo tema di carenza dei dati. I ricercatori hanno cercato di supplire a questo deficit informativo rilevando con indagini dirette i comportamenti e le opinioni dei sanitari (prevalentemente medici) che debbono prendere decisioni sul fine-vita dei loro pazienti.

La ricerca EURELD di inizio secolo

All'inizio di questo secolo, l'ampia ricerca comparativa EURELD (European End-of-Life Decision) ha messo un punto fermo, raccogliendo dati ben comparabili su sei paesi europei e sull'Australia. La prima fase di EURELD rileva i comportamenti dei medici, inviando un questionario ad ampi campioni di compilatori delle schede di morte del 2001-02 (Van der Heide *et al.* 2003). La seconda fase è invece un'indagine campionaria sulle opinioni concernenti le pratiche di fine-vita espresse dai medici di dieci specialità, spesso coinvolte con la fase terminale della vita dei pazienti (Miccinesi *et al.* 2005). I principali risultati sono sintetizzati in tab. 1[4].

La proporzione di morti precedute da un'agonia più o meno prolungata (da qui in poi: morti prevedibili) risulta simile in tutti i paesi, attorno al 70%, contrapposta al 30% di morti violente e morti improvvise (da qui in poi morti imprevedibili). Questa proporzione si mantiene pressoché costante, fino ai giorni nostri, negli studi che abbiamo avuto occasione di leggere riferiti ai paesi sviluppati, anche se è molto diversa al variare dell'età.

Notevole è invece l'eterogeneità dei trattamenti di fine-vita. Netta è la contrapposizione fra Italia e Olanda, con gli altri paesi in posizione intermedia (più vicina all'Italia la Svezia, più simili all'Olanda la Svizzera, il Belgio, con la Danimarca a collocarsi fra i due gruppi). Sulla base di quanto è possibile ricavare dalle dichiarazioni dei medici, in Olanda nel 2002 il 5,1% delle morti prevedibili sono state accelerate da EAS, contro appena lo 0,1% in Italia. La grandissima parte degli interventi dei medici italiani potenzialmente rilevanti sull'accorciamento della vita riguardano gli effetti secondari della terapia del dolore, in tutti i Paesi qui considerati applicata per una morte attesa su tre. Solo nel 6%

[4] La prima fase di EURELD è stata condotta simultaneamente in sei paesi europei. In ogni paese partecipante, i certificati di morte dei deceduti in età 1+ anni (in Italia 18+) fra il giugno 2001 e il febbraio 2002 sono stati estratti casualmente, stratificando per causa di decesso. In tutti i paesi i decessi riportati durante il periodo di campionamento sono stati stratificati per la probabilità che fosse preceduta una decisione di fine-vita. Per i decessi estratti, ai medici curanti è stato inviato un questionario autocompilato in cui è stato chiesto se la morte fosse avvenuta improvvisamente e inaspettatamente e, per i decessi non improvvisi, è stato chiesto di compilare un questionario scritto di quattro pagine sul processo decisionale precedente la morte. Complessivamente, i casi con i requisiti prescelti (morti non improvvise per cui il questionario è stato completato) sono stati più di 20 mila (Van der Heide *et al.* 2003; Bilsen *et al.* 2007).

TAB. 1. *Comportamenti adottati e opinioni espresse dai medici in sette paesi europei sul tema del fine vita (2001); valori percentuali*

	BE	DK	ND	SVE	CH	I	AUS
Comportamenti (%)							
Proporzione di morti prevedibili	66	67	67	70	68	71	---
Fra le morti prevedibili:							
Almeno una decisione medica di fine-vita	58	61	66	51	75	32	---
Almeno una decisione di non trattamento	23	21	30	20	41	6	---
Cure palliative, con possibile accorciamento della vita	33	39	30	30	32	27	---
EAS (anche senza esplicita richiesta del paziente)	3	1	5	0	2	0	---
Opinioni (% **"d'accordo" o "molto d'accordo"**)							
- Una persona dovrebbe avere il diritto di decidere se affrettare o meno la fine della propria vita	65	42	68	31	61	37	59
- In ogni circostanza i medici dovrebbero mirare a preservare la vita dei loro pazienti, anche se i pazienti chiedono di accelerare la fine della loro vita	13	26	6	38	7	56	21
- Consentire l'uso di farmaci in dosi letali su esplicita richiesta del paziente porterà gradualmente ad un aumento dell'uso di farmaci in dosi letali senza richiesta del paziente	29	28	9	34	29	46	36
- L'uso di farmaci in dosi letali su esplicita richiesta del paziente è accettabile per pazienti con malattia terminale, con do-ore estremo incontrollabile o in altre situazioni comparabili	78	60	77	35	56	36	46
- Se un malato terminale soffre in modo insopportabile e non è in grado di prendere decisioni, il medico dovrebbe essere autorizzato a somministrare farmaci in dosi letali	45	43	28	18	33	26	28

Fonti: per i comportamenti: van der Heide *et al.* 2003; per le opinioni: Miccinesi *et al.* 2005

dei casi i medici italiani affermano di avere preso una decisione diretta di interruzione o non attivazione di un trattamento vitale (che comunque non si configura mai come una EAS), contro il 30% dei medici olandesi e il 41% di quelli svizzeri.

Il medesimo ordinamento fra i Paesi si osserva anche riguardo alle opinioni che – come sottolineato dai ricercatori di EURELD – sono sostanzialmente coerenti con i comportamenti. Anche per le opinioni, è evidente la contrapposizione fra Olanda e Italia, con gli altri paesi europei e l'Australia in posizioni intermedie. La maggior contrapposizione si osserva nella proporzione di favorevoli all'affermazione: «In ogni circostanza i medici dovrebbero mirare a preservare la vita dei loro pazienti, anche se i pazienti chiedono di affrettare la fine della loro vita», che vede l'accordo del 6% dei medici olandesi e del 56% di quelli italiani.

Con riferimento alle opinioni, gli autori presentano anche un'analisi statistica differenziale, che – oltre a confermare il ruolo fondamentale delle differenze fra Paesi – mostra come gli atteggiamenti verso il fine-vita siano fortemente influenzati da alcune caratteristiche individuali degli intervistati. I medici più religiosi sono fortemente contrari alle varie azioni/inazioni dirette, mentre hanno i medesimi atteggiamenti verso la terapia del dolore dei colleghi non religiosi. I medici con meno di 50 anni e i medici uomini sono più favorevoli ad azioni/inazioni dirette, rispetto ai più anziani e alle colleghe donne. Infine, i medici che, nell'ultimo anno, hanno accompagnato alla morte più di cinque pazienti si dichiarano assai favorevoli all'idea che una terapia del dolore possa prevenire quasi tutte le richieste di EAS, sempre che venga somministrata coinvolgendo pienamente i pazienti e i loro congiunti.

Tendenze dei primi due decenni del nuovo secolo

Ricerche simili a EURELD sono state svolte in diversi Paesi nei primi due decenni del nuovo secolo. In generale, dove sono disponibili ricerche per lo stesso Paese in tempi diversi, si rileva la crescita di comportamenti che potenzialmente possono abbreviare la vita dei pazienti. Tuttavia, fra i Paesi persistono notevoli differenze.

In Italia, due indagini simili a EURELD si sono svolte nel decennio successivo[5]. I medici che dichiarano di aver preso almeno una decisione di non-trattamento in occasione di una morte attesa passano dal 6% di EURELD 2001 al 19% di ITAELD 2005 (Miccinesi *et al.* 2005), al 30% di ELDY 2011 (Giantin *et al.* 2012)[6]. Sempre in Italia, uno studio multicentrico del 2010 sui medici, condotto però esclusivamente in 83 reparti di terapia intensiva, rileva come nel 62% dei casi il tempo del decesso è stato influenzato dalla decisione del medico: nel 50% dei casi non iniziando la rianimazione cardio-polmonare, nel rimanente 50% decidendo di non intraprendere o di sospendere la nutrizione o l'idratazione artificiale (prevalentemente) oppure di sospendere o non iniziare trattamenti più invasivi, come dialisi, ventilazione meccanica, interventi chirurgici (Bertolini *et al.* 2010).

Nel 2013 nella Svizzera tedesca, in una ricerca molto simile a EURELD, i medici dichiarano che l'83% delle morti prevedibili è stata preceduta da una decisione di fine-vita, a fronte del 75% del 2001. Sempre con riferimento alle morti prevedibili, nello stesso periodo 2001-13 le cure palliative potenzialmente accorcianti la vita sono rimaste costanti attorno al 30%, mentre sono aumentate le pratiche di interruzione o mancata attivazione di trattamenti potenzialmente (ma non necessariamente) accorcianti la vita (dal 41% del 2001 al 49% del 2013), e specialmente la sedazione profonda (dal 7% al 25%), spesso accompagnata da altre pratiche di fine-vita, come la progressiva riduzione di sostegni vitali (Schmid *et al.* 2016; Bosshard *et al.* 2016). Come segnalato dagli stessi autori, nel 2005 l'Associazione Svizzera di Cure Palliative ha pubblicato linee guida specifiche sulla sedazione

[5] In Italia la legislazione complessiva sulle EAS non è cambiata, anche se la legge 219 del 2017 ha reso possibili le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e nel 2022 un pronunciamento della Corte Costituzionale ha reso possibili alcune limitate forme di morte assistita (vedi paragrafo 4).

[6] Nello studio ITAELD del 2007, due campioni casuali di 5.710 medici di medicina generale e di 8.950 medici del Servizio Sanitario Nazionale di 14 ordini dei medici provinciali sono stati invitati a rispondere a un questionario postale anonimo (Miccinesi *et al.* 2005). Nello studio pilota ELDY (End of Life Decision StudY), finanziato dalla Regione del Veneto, nel 2009 è stato inviato un questionario anonimo a 54 unità geriatriche, 21 hospice e 382 case di cura del Veneto e del Trentino-Alto Adige, e a professionisti delle due regioni iscritti all'Associazione Italiana Gerontologia e Geriatria. Al questionario hanno risposto 205 medici, 508 infermieri, 173 operatori socio-sanitari, 106 psicologi e 61 altri professionisti. Dopo aver vagliato i questionari, 1.078 sono stati considerati per analizzare le opinioni, 634 per le decisioni di fine-vita (Giantin *et al.* 2012).

palliativa, che possono aver stimolato sia la consapevolezza della sedazione palliativa che la pratica stessa.

L'Olanda e il Belgio hanno modificato la legislazione rispettivamente nel 2001 e nel 2002, introducendo diverse forme di EAS. Alcuni studi permettono di confrontare le pratiche mediche prima o dopo la promulgazione di queste leggi. La connessione fra modifiche legislative e tendenze delle morti medicalmente assistite verrà discussa più avanti, estendendo il confronto ad altri Paesi. Qui ci soffermiamo brevemente sulle modifiche di altre pratiche di fine-vita.

Una serie di studi trasversali sull'Olanda mostra il continuo incremento delle cure palliative, con una spinta proprio negli anni immediatamente successivi alla approvazione della nuova legge sulle EAS, durante i quali peraltro le EAS stesse interrompono temporaneamente la propria crescita, passando dal 3,7% delle morti prevedibili del 2001 al 2,4% del 2005, al 4,0% del 2010 (Onwuteaka-Philipsen *et al.* 2012). Le morti prevedibili precedute da intensificazione della terapia del dolore passano dal 27% del 1990 al 28% del 2001 al 51% del 2010; quelle precedute da sedazione profonda dall'11% del 2005 al 17% del 2010. Questi dati suggeriscono che la regolamentazione delle EAS – se prevede anche una forte interazione fra medico, paziente e familiari e l'effettiva possibilità di accedere con facilità a terapie contro il dolore – possa stimolare l'incremento di altre pratiche di fine-vita. Una rassegna bibliografica sistematica mostra come l'anticipo della pianificazione assistenziale si trova spesso a diminuire le forme di accanimento terapeutico, ad aumentare il ricorso all'*hospice* e alle cure palliative, prevenendo inutili ricoveri ospedalieri (Brinkman-Stoppelenburg *et al.* 2014). Inoltre, interventi complessi di pianificazione delle cure anticipate sembrano aumentare la convergenza degli interventi medici con i desideri di fine-vita dei pazienti.

Dopo la nuova legge, nel Belgio fiammingo le cose vanno in modo diverso rispetto all'Olanda (Chambaere *et al.* 2015). Le morti prevedibili precedute da intensificazione degli interventi contro il dolore passano dal 26% del 1998 al 31% del 2001, al 38% del 2007 e al 34% del 2013; quelle precedute da sedazione profonda dal 12% del 2005 al 21% del 2007, al 17% del 2013. Il calo o l'arresto della crescita di queste pratiche di fine-vita fra il 2007 e il 2013 – come vedremo – potrebbero essere legati al parallelo incremento delle EAS.

Un'indagine sui medici di terapia intensiva di 15 paesi asiatici mostra la minor propensione a limitare i trattamenti di sostegno vitale alla fine della vita rispetto ai medici occidentali (Phua *et al.* 2015). Inoltre, gli atteggiamenti e le pratiche riportate variano ampiamente tra i paesi e le regioni e spesso sono molto diversi da quelli riportati in indagini comparabili europee, nordamericane e australiane. Se una parte preponderante di questi medici (70%) evita di intervenire quando il malato è senza speranze di recupero, solo il 21% afferma di aver sospeso un trattamento salvavita. Inoltre, i medici asiatici sono più propensi (54%) a «fare tutto il possibile se un paziente con encefalopatia ipossico-ischemica sviluppa shock settico» rispetto a quelli negli Stati Uniti (<40%), Sud Europa (<30%), Canada (<20%), Australia e Nord/Centro Europa (<10%). Inoltre, rispetto a quanto rilevato nei paesi Occidentali e in Australia, fra i medici asiatici è meno diffusa l'abitudine di discutere il percorso di accompagnamento verso la morte con i pazienti e con i familiari. Infine – come già osservato in Europa – anche in Asia vi sono grandi differenze fra Paesi. In linea di massima, i medici dei paesi più ricchi come Giappone, Sud Corea, Singapore e Hong Kong, sono tendenzialmente più vicini al comportamento dei colleghi occidentali, mentre in India, Cina, Pakistan, Bangladesh e Filippine i medici sono più frequentemente interventisti. Vi sono però eccezioni: ad esempio, la proporzione di medici thailandesi e indonesiani che ammette di aver somministrato deliberatamente grandi dosi di droghe (es. barbiturici o morfina) fino al decesso del paziente è attorno al 10%, cinque volte di più rispetto alla media dei sedici paesi asiatici considerati in questo studio. Infine, come già visto per i Paesi europei, molteplici fattori relativi al paese o alla regione, comprese differenze economiche, culturali, religiose e legali, nonché atteggiamenti personali dei medici, sono statisticamente associati a variazioni nelle pratiche segnalate.

Enormi differenze fra i Paesi – in linea con quelle segnalate nello studio appena citato – sono state rilevate anche da un'altra ricerca (Yaguchi *et al.* 2005). Ai medici che hanno richiesto informazioni in occasione del Simposio internazionale sulla terapia intensiva e la medicina d'urgenza viene chiesto di esplicitare il loro comportamento davanti ad alcuni ipotetici casi clinici estremi. Consideriamo solo l'atteggiamento riguardo al «trattamento per shock settico in un paziente in stato vegetativo». La proporzione di medici che «farebbero di tutto» è 50%

in Giappone, 38% in Turchia, 37% negli USA, 30% in Brasile, 23% nel Sud Europa (Grecia, Italia, Portogallo e Spagna), 15% in Canada, 8% nell'Europa centrale (Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Francia, Germania e Svizzera), 6% nell'Europa settentrionale (Danimarca, Finlandia, Paesi Bassi, Svezia e Regno Unito) e solo 3% in Australia. La peculiare posizione dei medici giapponesi è segnalata anche da Wakatake (2022): malgrado fra il 2008 e il 2018 siano sensibilmente aumentate le richieste da parte dei familiari giapponesi a non iniziare o a rilasciare trattamenti vitali per i pazienti con danni cerebrali gravi, solo in meno di metà dei casi le richieste vengono accettate.

La letteratura si è occupata anche di altri aspetti dei cosiddetti «interventi aggressivi», pratiche mediche – spesso impegnative e dolorose per un paziente con il destino segnato – che hanno come effetto il prolungamento della vita in situazione di marcata sofferenza. Un recente studio prospettico di coorte tra i pazienti affetti da cancro solido metastatico a Singapore, mostra che questi interventi sono molto frequenti (69%), anche nel corso dell'ultimo mese di vita. In linea con i risultati osservati per l'Olanda, gli interventi aggressivi sono meno frequenti se l'interazione fra medico, paziente e prestatori di cura è intensa e precoce, ossia quando paziente e prestatori di cura vengono preparati per tempo all'inevitabile decorso della malattia (Malhotra *et al.* 2022). Risultati simili vengono osservati per un gruppo di pazienti oncologici inglesi in fase terminale: nel corso degli ultimi tre mesi di vita: gli interventi aggressivi vengono più frequentemente risparmiati ai pazienti che hanno accesso alle cure palliative, e vengono curati a domicilio grazie a frequenti interventi degli infermieri dei distretti e dei medici di medicina generale (Henson *et al.* 2016).

Un'altra importante differenza fra paesi nelle cure palliative è l'utilizzo dei farmaci oppiacei (il più noto è la morfina), di gran lunga quelli più efficaci e appropriati nella cura del dolore cronico grave. I farmaci oppiacei vengono impiegati in misura assai differenziata nei diversi paesi. Il giustificato allarme contro l'abuso, la dipendenza e i decessi indotti da oppiacei osservati negli USA (Weisberg *et al.* 2014) si contrappone a un uso molto contenuto nei paesi europei mediterranei, con l'Europa Settentrionale e Centrale in posizione più equilibrata (Leone, Magro 2015). L'esempio dell'Italia è illuminante. Nel 2021 sono state prescritte solo 7,7 DDD (Defined Daily Doses) di oppiacei

per mille abitanti, contro 20,0 in Austria e in Germania. *Ceteris paribus*, il consumo di morfina non raggiunge la metà della media europea, e il dolore grave cronico viene spesso curato con farmaci antinfiammatori, meno efficaci degli oppiacei e di norma con effetti secondari più pesanti. L'uso comparativamente più moderato di oppiacei, il superiore ricorso agli antinfiammatori, si tradurrebbero in un impiego meno intenso e meno efficace delle cure palliative in Italia (Leone, Magro 2015).

Decisioni di fine-vita e caratteristiche socio-demografiche dei pazienti

Le decisioni sul fine-vita possono essere connesse ad alcune caratteristiche socio-demografiche dei malati. Tuttavia, l'associazione fra caratteristiche socio-economiche dei pazienti e trattamenti di fine-vita non è ancora stata ben approfondita. L'attenzione dei ricercatori – quasi sempre medici – si è concentrata piuttosto sulle condizioni di salute del paziente, come il tipo di cancro o di altra malattia, la tipologia e la gravità dei sintomi, e così via, oppure sulle caratteristiche dei medici e degli infermieri, in particolare sui loro percorsi formativi.

Su un database di 13.488 pazienti ricoverati nei primi anni di questo secolo in 282 Intensive Care Units sparse in tutto il mondo, è stata rilevata l'associazione fra alcune caratteristiche dei pazienti e le decisioni di rinunciare ad alcuni trattamenti vitali. L'età media dei 1.105 pazienti coinvolti in questo tipo di decisioni è 70 anni, a fronte dei 63 anni di chi non è coinvolto. L'età condiziona fortemente le decisioni, anche al netto delle condizioni di salute del paziente e delle condizioni strutturali delle Intensive Care Units (Azoulay *et al.* 2009). Purtroppo in questa ampia analisi l'età è l'unica caratteristica socio-demografica rilevata.

L'influenza dell'età resta forte anche in altre indagini più mirate, che considerano gli interventi di fine-vita su gruppi di pazienti deceduti. In un'analisi retrospettiva di coorte su 235.821 beneficiari di US Medicare morti di cancro con prognosi infausta nel 2003-07, quelli di età 75+ ricevono trattamenti meno aggressivi per tutte le misure rilevate: ad esempio il ricorso alla chemioterapia nel corso dell'ultimo mese di vita fra i pazienti con meno di 75 anni (18%) è doppio rispetto ai più anziani

(9%) (Miesfeldt *et al.* 2012). Va però sottolineato che alcune cure chemioterapiche non sono indicate per i soggetti più fragili, spesso anche i più anziani, perché non in grado di sopportarle.

Nell'indagine EURELD replicata in Austria nel 2016 si chiede ai medici di descrivere le cure riportate ai pazienti deceduti nel corso degli ultimi dodici mesi, e alcune caratteristiche dei pazienti stessi. Nel gruppo di pazienti di età superiore a 80 anni, la decisione di sospendere un trattamento è stata presa più spesso (70%) rispetto ai pazienti di età inferiore a 80 anni (57%), una differenza statisticamente significativa anche al netto di altre caratteristiche rilevate, come lo stato di avanzamento della patologia. Anche i trattamenti per alleviare il dolore e/o i sintomi sono stati più spesso somministrati ai meno anziani (età 80+: 82,8%, meno di 80 anni: 93,2%).

Altri studi mostrerebbero invece che in altri paesi l'età del paziente è associata in modo meno netto con le scelte mediche di fine-vita (Malhotra *et al.* 2022; Henson *et al.* 2016). Infine, uno studio qualitativo su 51 medici tedeschi esperti di cure palliative mostra che l'età dei pazienti è associata in modo più sofisticato con le modalità di intervento: i medici sono molto più propensi a discutere con i pazienti più giovani le diverse scelte possibili di sedazione (Kurkowski *et al.* 2022).

Altre caratteristiche socio-demografiche e culturali dei pazienti sono connesse in modo meno netto con le scelte di fine-vita. Il già citato ampio studio sui deceduti di cancro negli USA mostra in modo chiaro una propensione più interventista verso gli uomini che verso le donne (Miesfeldt *et al.* 2012), al netto delle altre variabili considerate, incluso il tipo di cancro. Le differenze sono meno forti rispetto a quelle osservate nel confronto fra under ed over 75, ma sono presenti per tutte le scelte di terapia considerate. La disponibilità a cure più aggressive verso gli uomini emerge anche dal già citato studi sui pazienti terminali di cancro di Singapore (Malhotra *et al.* 2022) e – in modo meno netto – nel Regno Unito (Henson *et al.* 2016). Lo studio di Singapore mostra che anche il credo religioso dei pazienti è connesso con le pratiche di fine-vita da loro ricevute, con i Buddisti/Taoisti a subire interventi più aggressivi rispetto a tutte le altre fedi testate (Cristiani, Musulmani, Hindu e Sikh, Liberi pensatori e non appartenenti a nessuna confessione religiosa). Infine, tornando all'ampio studio sugli USA, si rileva una relazione ambivalente fra appartenenza etnica e le pratiche

di fine-vita. I neri sono sottoposti più di frequente a cure aggressive, meno di frequente a chemioterapia tardiva e ricovero tardivo in *hospice*.

Decisioni di fine-vita e lunghezza dell'agonia

La prima fase di EURELD, a inizio secolo, rileva l'opinione dei medici sulla misura dell'accorciamento della vita determinato dalle diverse azioni/inazioni sul fine-vita effettivamente da loro intraprese. In quasi nessun caso i medici affermano che la durata della vita per i pazienti da loro curati è stata ridotta di più di un mese. Due medici su tre affermano che la terapia del dolore ha accorciato la vita dei pazienti di meno di una settimana. Nel caso della EAS e delle decisioni di non-trattamento, due medici su tre affermano che la vita viene accorciata per un periodo variabile fra i sette e i trenta giorni (Van der Heide *et al.* 2003). Riduzioni della vita ancora più brevi vengono riferite da medici tedeschi interpellati con riferimento alle decisioni di non trattamento (Dahmen *et al.* 2017). Più in generale, la reazione dei pazienti alle diverse cure palliative è molto soggettiva, e la riduzione o l'annullamento del dolore non portano necessariamente ad accelerare il decesso, anzi può accadere che avvenga il contrario.

Questi dati mostrano che gran parte delle decisioni mediche di fine-vita hanno effetto limitato sulla durata della sopravvivenza, sia a livello individuale che collettivo. Tuttavia, vi sono pazienti che soffrono di patologie invalidanti e/o degenerative (come SLA, morbo di Parkinson, stato vegetativo, varie forme di coma, alcuni tipi di demenze) la cui sopravvivenza è condizionata all'attivazione permanente di trattamenti vitali, per periodi che possono essere molto più prolungati rispetto alle fasi terminali del cancro o degli ictus cerebrali. Come vedremo, esse riguardano oggi solo una frazione assai limitata dei pazienti che fanno ricorso alle diverse forme di EAS. Per questi pazienti potrebbero diventare sempre più numerose anche le richieste di sospensione o non attivazione delle cure in caso di patologie non correlate (ad esempio, qualsiasi tipo di infezione grave per pazienti affetti da forme debilitanti di demenza). La questione, in questo caso, è di atteggiamento individuale e collettivo rispetto

a stati di vita che gruppi sempre più ampi della popolazione non sono disposti a sopportare.

L'introduzione delle EAS in alcuni paesi, e l'acceso dibattito sulle possibili riforme in quelli in cui al momento le EAS sono escluse, avvengono in contesti di rapido cambiamento degli atteggiamenti dell'opinione pubblica rispetto alla giustificabilità del suicidio medicalmente assistito e dell'eutanasia. Da un lato, si tratta probabilmente dell'effetto di trasformazioni di lungo periodo, che hanno influenzato le opinioni nei confronti dei suicidi in generale, almeno nei paesi occidentali. Questi sono stati, infatti, variamente puniti nel passato, ma a partire dalla seconda metà del XVIII secolo gli atteggiamenti, e successivamente le norme, hanno preso, lentamente, a cambiare.[7] Residui di questo passato sono comunque ancora visibili nelle legislazioni che, in forme diverse, puniscono varie forme di aiuto o assistenza a chi si toglie la vita. In secondo luogo, proprio l'allungamento della vita, in particolare del numero di persone anziane in cattivo stato di salute, possono aver indotto molte persone a entrare giocoforza in contatto diretto con dimensioni del tratto conclusivo della vita prima sconosciute – attraverso l'esperienza di fine-vita di un congiunto – modificando per quella via gli atteggiamenti verso le diverse forme di EAS.

Suicidio assistito ed eutanasia

Livelli e andamento nel tempo delle EAS

I paesi che, nell'aprile del 2023 hanno legalizzato qualche forma di EAS sono indicati in tabella 2. I dati sulle EAS variano fortemente da paese a paese, e per alcuni è possibile, con molte cautele, una valutazione comparata delle dimensioni e dell'andamento nel tempo. Le analisi presentate da qui in avanti si basano sui dati aggregati pubblicati nei rapporti governativi, ministeriali, di comitati di valutazione delle procedure, commissioni di controllo e valutazione (vedi Appendice sulle fonti). Si tratta delle uniche fonti disponibili visto che, come verrà discusso più oltre, nessuna delle procedure che definiscono EAS

[7] Il riferimento principale su questo processo è Barbagli (2009). Una buona rassegna è contenuta in Stack (2000b).

TAB. 2. *Suicidio Assistito e Eutanasia secondo la fonte, l'anno di introduzione, i criteri di accesso, 1942-2023*

Paese	**Stato**	**Fonte giuridica**	**Anno di introduzione**	**Suicidio Assistito**	**Eutanasia**	**I minori hanno accesso?**	**I pazienti non terminali hanno accesso?**	**I pazienti affetti da patologie psichiatriche hanno accesso?**
Austria		Sentenza e Legge	2022	S	N	N	S	S
Belgium		Legge	2002	S[1]	S	S	S	S
Germany		Sentenza	2020	S	N	nd	nd	nd
Italy		Sentenza	2019	S	N	nd	nd	nd
Luxembourg		Legge	2009	S	S	N	S	S
Netherland		Legge	2001	S	S	S	S	S
Spain		Legge	2021	S	S	N	S	S
Switzerland		Decriminalizzazione (art. 115 CP)	1942	S[2]	N	S	S	S
Canada		Legge (e succ. riforme)	2016	S	S	N	S	S[3]
USA	Oregon	Legge	1994	S	N	N	N	N
USA	Washington	Legge	2008	S	N	N	N	N
USA	Montana	Sentenza	2009	S	N	nd	nd	nd
USA	Vermont	Legge	2013	S	N	N	N	N
USA	California	Legge	2015	S	N	N	N	N
USA	Colorado	Legge	2016	S	N	N	N	N
Paese	**Stato**	**Fonte giuridica**	**Anno di introduzione**	**Suicidio Assistito**	**Eutanasia**	**I minori hanno accesso?**	**I pazienti non terminali hanno accesso?**	**I pazienti affetti da patologie psichiatriche hanno accesso?**

USA	D. of Columbia	Legge	2016	S	N	N	N	N
USA	Hawaii	Legge	2018	S	N	N	N	N
USA	New Jersey	Legge	2019	S	N	N	N	N
USA	Maine	Legge	2019	S	N	N	N	N
USA	New Mexico	Legge	2021	S	N	N	N	N
Colombia		Sentenza	1997	S	S	N	N	N
Australia	Victoria	Legge	2017	S	S	N	N	N
Australia	Western Australia	Legge	2019	S	S	N	N	N
Australia	Tasmania	Legge	2021	S	S	N	S(4)	N
New Zealand		Legge (seguita da referendum)	2019	S	S	N	N	N

Fonte: v. Appendice

Legenda: S= "si"; N="no"; nd=Non Disponibile per i paesi/stati in cui EAS è solo decriminalizzata e non esistono norme positive di riferimento

Note:
1) Tollerato
2) Suicidio Assistito
3) Temporaneamente Escluso
4) Esenzione garantita dalla legge

sono menzionate nelle schede delle cause di morte. Il limite di queste fonti è un certo grado di eterogeneità nelle modalità di raccolta, sistematizzazione e pubblicazione dei dati.

La tabella 3 rivela una notevole variabilità nei livelli delle varie forme di EAS. Si consideri la proporzione di EAS – data dal rapporto fra EAS e decessi totali, esclusi quelli dovuti a «cause esterne», ossia non dovuti a morte violenta – a partire dall'anno della sua introduzione. Questo valore è indicato nell'ultima riga della stessa tabella 3. I valori inferiori di questo indicatore si registrano negli stati USA qui considerati, i valori superiori in Canada e in Europa, con l'eccezione del Lussemburgo, e in particolare in Olanda. Belgio e Svizzera si collocano a metà strada tra il «pavimento» costituito dagli stati americani, e il «tetto» olandese. Il divario tra i diversi paesi è assai ampio. Nel decennio appena trascorso, in Olanda, oltre il 3% del complesso dei decessi non violenti è attribuibile a qualche forma di EAS, Svizzera e Belgio seguono a breve distanza. In Oregon e nello stato di Washington, invece, questa quota è stata inferiore allo 0,4%.

Per interpretare queste differenze, bisogna partire dalle diverse normative vigenti. Le norme e le procedure in base alle quali si ottiene accesso alle EAS sono influenzate da diversi principi. I principali sono quello della «fase terminale della malattia», della «sofferenza continuativa e insopportabile» e del «diritto individuale a morire». I tre principi si combinano in proporzioni variabili. La frequenza delle EAS tende ad essere più elevata quando prevale l'ultimo principio, come avviene in Svizzera, o anche in Canada, è minima quando prevale il primo, come in Oregon, è su livelli intermedi quando prevale il secondo, come in Olanda e Belgio (Lewy 2010, 147 ss.).

La figura 1 mostra le proporzioni annuali di EAS dal 1998 fino all'ultimo anno disponibile. In primo luogo, viene confermata la rilevante eterogeneità nel ricorso alla morte medicalmente assistita, con i valori dei paesi europei di gran lunga superiori a quelli degli Stati USA. In secondo luogo, in quasi tutti i paesi in cui qualche forma di EAS è stata introdotta, la proporzione rispetto alle morti non violente cresce nel tempo, con qualche eccezione di breve durata e di entità contenuta. Il Canada ha senz'altro livelli di crescita incomparabilmente superiori a quelli di qualsiasi altro paese che ha legalizzato le EAS.

TAB. 3. *EAS PER 1.000 decessi non dovuti a cause esterne, valore medio assunto nel decennio in Svizzera, Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo, Canada e in cinque stati USA; 1998-2021*

Periodo	Belgio (2002-2021)	Svizzera (1998-2020)	Olanda (2002-2021)	Lussemburgo (2009-2020)	Washington (2009-2021)	Oregon (1998-2021)	California (2016-2021)	Vermont (2017-2021)	Colorado (2017-2020)	Canada (2016-2021)
Anni '90	-	0,9	-	-	-	0,8	-	-	-	-
Anni '00	4,5	3,4	15,7	0,3	0,8	1,5	-	-	-	-
Anni '10	18,5	12,8	38,0	2,4	2,9	3,7	1,5	2,7	3,5	13,5
Anni '20	23,0	17,2	45,6	6,5	4,4	7,1	1,6	2,5	4,3	30,8
Totale periodo considerato	13,6	8,1	30,3	2,6	2,9	2,7	1,5	2,7	3,7	19,6

Fonti: appendice.
Nota: decessi non violenti = "escluse le cause esterne", ICD-10: S00-T98; V01-Y89.
"-" = normativa non in vigore in nessun anno della decade.

Oltre alle dimensioni, anche la velocità di crescita è diversa da paese a paese. Tuttavia, la rappresentazione del semplice andamento nel tempo non permette di tenere conto del diverso numero di anni trascorsi dalla legalizzazione nei diversi paesi, e i valori di partenza sono assai diversi. In particolare l'Olanda presenta valori molto lontani da quelli di tutti gli altri paesi fin dal primo anno per il quale disponiamo di dati. Per meglio osservare somiglianze e differenze fra i trend temporali delle diverse serie, è quindi opportuno ridisegnarle, tenendo conto del diverso momento di introduzione della EAS ed eliminando le differenze di livello. È quello che fa la figura 2, dove i trend delle proporzioni di EAS vengono mostrati mediante numeri indice, posti uguali a 1.000 dieci anni dopo la legalizzazione, o nel caso dell'Olanda nell'anno della legalizzazione delle EAS. Questa eccezione olandese è giustificata dal fatto che in Olanda le EAS sono state depenalizzate di fatto dieci anni prima della loro legalizzazione (Lewy 2010, 26 ss.).

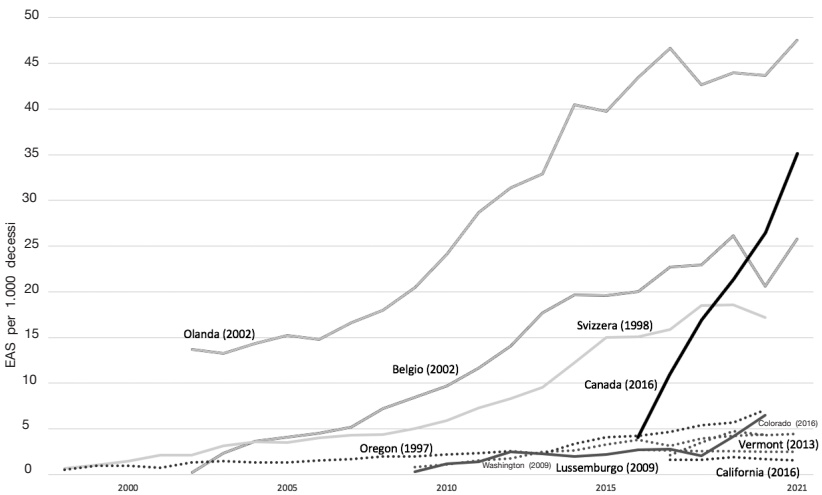

FIG. 1. EAS per 1.000 decessi non dovuti a cause esterne, in Svizzera, Belgio, Paesi Bassi, Lussemburgo, Canada e in cinque stati USA; 1998-2021.

L'andamento della proporzione di EAS nei quattro paesi qui considerati è simile: la crescita nel tempo è continua, ma dopo essere stata lineare negli anni successi alla legalizzazione, accelera progressivamente negli anni successivi (con la parziale eccezione del Belgio). Questo andamento – anche se limitato agli Stati per cui ci è stato possibile eseguire questi calcoli – indicherebbe che, pur su livelli molto diversi fra paese e paese, le EAS dopo un primo periodo di assestamento, tendono ad accelerare la loro diffusione. Il caso estremo di crescita accelerata sembra essere quello canadese, visibile però solo in fig. 1 in virtù della storia ancora recente delle EAS in questo paese. Come abbiamo già detto, appare però chiaro che in nessuna paese l'incremento del ricorso alle EAS è stato così travolgente come in Canada.

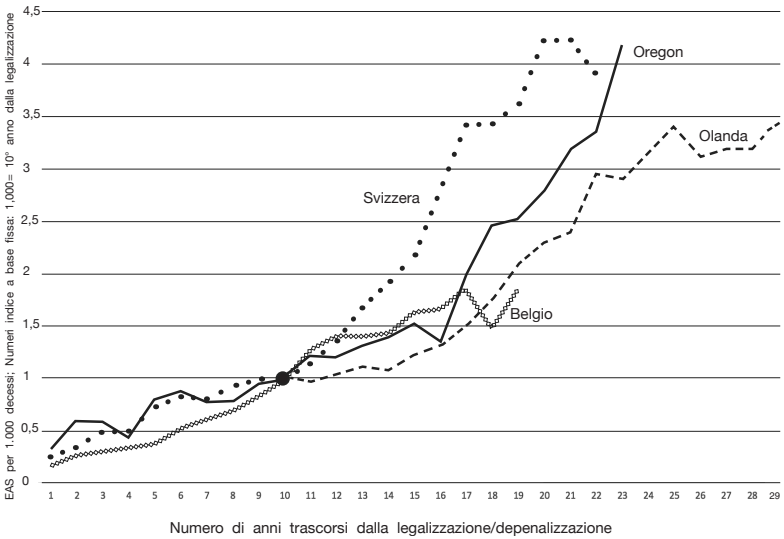

FIG. 2. EAS per 1.000 decessi non dovuti a cause esterne in Belgio, Olanda, Svizzera, Lussemburgo e in Oregon, 1991-2020 per numero di anni trascorsi dalla legalizzazione (in Olanda, dalla depenalizzazione). Numeri indice a base fissa: 1,000 = 10° anno dalla legalizzazione (Belgio, Svizzera, Lussemburgo e Oregon) o dalla depenalizzazione (Olanda)

L'incidenza nei vari gruppi sociali

Genere

I dati di registro consentono di fare confronti per quattro stati: Olanda, Belgio, Svizzera e Oregon (vedi tabella 4). La proporzione di EAS sul totale delle morti non violente è simile per uomini e donne, e tale uniformità persiste nel tempo, con l'eccezione della Svizzera, dove le EAS sono un po' più diffuse fra le donne e il divario cresce nel tempo.

Tab. 4. *EAS per 1.000 decessi non violenti per sesso in tre paesi europei, Canada e Oregon. Medie semplici degli anni indicati.*

	Uomini	Donne
Olanda 2016-2021	44,2	39,9
Belgio 2008-2021	16,9	16,2
Svizzera 1998-2019	6,3	8,0
Canada 2019-2021	25,2	25,2
Oregon 1999-2020	2,9	2,6

Quindi, le differenze tra uomini e donne sono nulle o non statisticamente significative. È un risultato molto diverso rispetto a quanto noto nel campo dei suicidi (Stack 2000a). Con alcune eccezioni (per altro notevoli: la Cina continentale (He, Lester 1997; Ji *et al.* 2001) e il Kuwait (Stack 2000a)), in tutti i paesi su cui esistono dati, e in tutte le epoche storiche, gli uomini si tolgono la vita anche tre o quattro volte più frequentemente delle donne (Wray *et al.* 2011).

Per interpretare questa sostanziale omogeneità fra uomini e donne nel ricorso alle EAS, è utile partire dalle interpretazioni proposte della super-mortalità maschile per suicidio. La Three-Steps-Theory proposta da Klonsky *et al.* (2016) sintetizza le tre tappe necessarie perché una persona commetta un suicidio nei paesi occidentali. La prima è una condizione di dolore intollerabile, dal punto di vista fisico e/o psicologico. La seconda è una condizione di isolamento sociale, associata alla mancanza di speranza di poter superare la condizione stessa. Infine, è ne-

cessario che chi pensa al suicidio possa disporre dei mezzi per poterlo portare a compimento. I mezzi hanno natura materiale (es. un'arma, o l'accesso a farmaci letali) ma anche cognitiva ed emotiva (familiarità e confortevolezza nel ricorso alla violenza e/o disponibilità a compiere atti impulsivi). L'assenza di variabilità di genere per le EAS potrebbe essere dovuta a elementi della seconda e della terza tappa. L'isolamento sociale colpisce più frequentemente gli uomini rispetto alle donne, mentre le EAS avvengono per lo più in un contesto di relazioni sociali dense e significative (Green 2022). Inoltre, le EAS non richiedono familiarità con atti impulsivi, violenti, né richiedono un accesso a mezzi letali, di nuovo più frequente per gli uomini che per le donne. Anzi le EAS spesso sono frutto di decisioni lungamente ponderate. Solo la prima tappa (dolore fisico o psicologico intollerabile) può accomunare EAS e suicidi. Queste considerazioni suggeriscono anche che EAS e suicidi siano eventi sostanzialmente diversi, come verrà meglio chiarito più oltre.

Età

Studiando il caso dell'Olanda, in base alla già citata ricerca, Onwuteaka-Philipsen, *et al.* (2012) hanno distinto la popolazione in tre grandi classi di età: 0-64, 65-79, 80+, osservando che la proporzione di EAS sulle morti totali diminuisce al crescere dell'età. Dierickx *et al.* (2016) trovano conferma della stessa relazione nel caso del Belgio tra il 2003 e il 2013. Tuttavia, questo risultato è problematico, perché le due ricerche citate non escludono dal denominatore dei tassi di EAS le morti violente, che in proporzione sono molto più numerose fra i giovani. Con i dati di registro, per il Belgio e l'Olanda è possibile calcolare gli indicatori utilizzati nei paragrafi precedenti, ossia le proporzioni di EAS per età, ponendo al denominatore il complesso delle morti, escluse le cause esterne dei decessi, (tabella 5, prime due righe). In questi due paesi la proporzione di EAS è più bassa fra i più giovani, resta pressoché costante fra i 30 e i 60 anni, per diminuire poi progressivamente nelle età successive. Anche in Svizzera la proporzione di EAS è più elevata fra gli under 60, specialmente per le donne (tabella 6).

Oltre alla proporzione di EAS sulle morti non violente per ogni classe di età, per l'Olanda e per il Belgio è possibile calcolare il tasso di mortalità per EAS specifico per età (ultime due righe di tabella 5). Questo indicatore cresce rapidamente con il

crescere dell'età, come accade anche per la mortalità generale non specifica per causa.

TAB. 5. *EAS per 1.000 decessi escluse le cause esterne per classe di età in Olanda (2016-2021) e Belgio (2012-2019), valori medi del periodo (parte superiore), e Tasso specifico di mortalità per EAS per 100 mila individui negli stessi paesi, nello stesso periodo (parte inferiore).*

	<18	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	90-99 o: 90+	100+
	EAS per 1.000 decessi non violenti									
Olanda 2016-21	16		62	56	65	66	59	31	25	
Belgio 2012-19	2	35	40	36	35	35	27	15	10	7
	Tasso specifico di mortalità per EAS: medie annue per 100,000 individui									
Olanda 2016-21	0,4		2,2	7,2	24,5	66,9	145,7	248,4	457,8	
Belgio 2012-19	0,0	0,5	1,5	4,3	13,2	34,2	66,0	112,0	200,4	309,6

TAB. 6. *EAS per 1.000 decessi escluse le cause esterne secondo il sesso, la classe di età e l'anno di morte in Svizzera, 2003-2019, valori medi del periodo.*

	Uomini		Donne	
	<65	65+	<65	65+
2003-2009	5	4	9	4
2010-2019	11	11	21	13

Cause di morte

Sono i tumori la patologia per la quale si registra la più alta proporzione di domande e di procedure portate a termine, sul totale delle EAS (tabella 7). Si tratta di un dato rilevabile in tutti gli anni, e in tutti i paesi per i quali esistono informazioni di registro disaggregate secondo la causa che ha portato a richiedere l'EAS, confermando i risultati di altre ricerche, che mostrano che i tumori superano il 50% dei casi di EAS *(Dierickx et al.* 2016; Dierickx *et al.* 2020; Onwuteaka-Philipsen *et al.* 2012). I dati da noi raccolti rivelano che negli ultimi cinque anni, in Olanda, Belgio e Oregon, questa patologia da sola raccoglie poco

meno dei due terzi del complesso delle EAS. Le multipatologie costituiscono una quota variabile tra il 13% in Olanda e il 18% in Belgio, mentre la SLA, per la quale sono disponibili i dati solo sull'Oregon, conta per poco più del 7% del totale dei casi.

Consideriamo ora le EAS rispetto ai decessi avvenuti per la stessa patologia (tabella 8). La proporzione di EAS sul totale dei decessi per tumore supera abbondantemente quello osservato per il totale dei decessi: ad esempio in Olanda, l'8,6% dei deceduti per tumore ricorrono alle EAS, a fronte del 4,1% del complesso dei deceduti. Demenza e altre patologie legate a disturbi mentali e del comportamento mostrano invece valori inferiori al totale dei decessi. Diverso è il caso della SLA che, nell'unico paese per il quale sono disponibili i dati necessari per calcolare questa proporzione, mostra valori di gran lunga superiori non solo alla media, ma anche a quelli dei tumori, per la precisione 19 volte superiori alla media, e 6 volte superiori a quelli che si registrano per i tumori: in Oregon l'11% dei deceduti di SLA ha fatto ricorso alle EAS, contro l'1,8% dei deceduti per tumore e lo 0,6% dei deceduti totali.

Come abbiamo visto, in Belgio e in Olanda – i due paesi dove è stato possibile costruire i nostri indicatori – il ricorso alle EAS per le persone affette da demenza è assai limitato. Secondo alcune ricerche qualitative, questa bassa frequenza è riconducibile a due aspetti concomitanti (Lemos Dekker 2021; Van der Geest, Satalkar 2021). Il primo è che i pazienti con patologie degenerative che esprimono la volontà di fare richiesta di EAS tendono a procrastinare in base all'argomento «lo chiedo perché non voglio pesare sugli altri. Ma non adesso». Il problema è che quando «adesso» arriva, i pazienti non sono più in grado di dare il consenso. In secondo luogo, i medici sono più restii a autirizzare le EAS in caso di demenza, perché il dolore non è insopportabile e la morte non è imminente. Tuttavia, analizzando i casi segnalati al *Comitato federale per il monitoraggio e la valutazione dell'eutanasia* in Belgio dal 2002 fino alla fine del 2013, Dierickx *et al.* (2017) osservano segnali di crescita, confermata anche dai dati di registro per l'Olanda, dove la proporzione di deceduti per demenza che han fatto ricorso all'EAS passa da 0,9% del 2012-15 a 1,4% del 2016-19. Sono valori (ancora) contenuti, ma che vanno segnalati anche per il loro potenziale significato demografico. Infatti, con la crescita dell'età degli anziani, cresce anche rapidamente il numero di

persone con decadenza cognitiva. Se la tendenza a far ricorso alle EAS per questi malati, prima dell'insorgere di altre patologie, continuasse a crescere, allora le EAS potrebbero incidere in misura rilevante sulla durata della sopravvivenza media. Oggi questo non accade, perché i malati di tumore che fan ricorso alle EAS sono quasi tutti in fase terminale, le persone affette da demenza o da SLA o da patologie consimili – che pure possono far ricorso alle EAS pur avendo davanti ancora mesi o anni di vita – sono relativamente poco numerosi (in Oregon la SLA causa lo 0,3% dei decessi).

TAB. 7. *Patologia per la quale è stata avanzata la richiesta di accesso alle EAS in Olanda, Belgio e Oregon per anni di decesso.*

	Tumori	Demenza	Disturbi mentali e del comportamento	Altro	*Altro, di cui polipatologie*	*Altro, di cui SLA*	Tot	N
Olanda 2017-21	63,8	2,6	1,3	32,3	*12,7*	*nd*	100,0	(33.676)
Belgio 2018-21	62,8	0,9	1,0	35,3	*17,7*	*nd*	100,0	(10.158)
Oregon 2017-21	61,7	nd	nd	38,3	*nd*	*7,1*	100,0	(1.072)

TAB. 8. *EAS per 100 decessi per la medesima causa di morte in Olanda, Belgio, Oregon, 2017 (o 2018)-2021.*

	Tumori	Demenza	Disturbi mentali e del comportamento	Di cui SLA	Totale
Olanda 2017-21	8,6	1,3	1,7	nd	4,1
Belgio 2018-21	5,6	0,5	0,9	nd	2,3
Oregon 2017-21	1,8	nd	nd	11,3	0,6

Gruppo etnico e linguistico

La decisione di accedere a forme di EAS non è influenzata solo dall'età e dalle caratteristiche della patologia di cui si soffre. Molti fattori sociali sono all'opera, ma solo una parte di essi è analizzabile in base a dati oggi disponibili. In Oregon la proporzione di EAS è massima tra gli asiatici e i bianchi, quasi nulla tra gli afroamericani, intermedia tra gli ispanici. Nel Belgio lo stesso indicatore nel 2020-21 raddoppia passando dalle aree

francofone a quelle fiamminghe. La rilevanza dell'appartenenza etnico-linguistica è confermata anche da quanto osservato da Steck *et al.* (2018) per la Svizzera, dove la proporzione di decessi con EAS è superiore tra gli svizzeri tedeschi e francesi rispetto agli svizzeri italiani.

Questi pochi dati suggeriscono che il ruolo giocato dai fattori culturali nelle decisioni relative al fine-vita è tutt'altro che trascurabile, confermando quanto visto nei paragrafi precedenti con riferimento alle altre decisioni di fine-vita. Solo dettagliati dati individuali, tuttavia, consentirebbero di analizzare a fondo le caratteristiche e le modalità di questa influenza, estendendo auspicabilmente l'analisi ad altri fattori qui non considerati, come l'istruzione, la classe sociale, il contesto familiare, la residenza in ambiente urbano piuttosto che rurale, e così via.

I suicidi assistiti sostituiscono quelli non assistiti?

Nel 2009 in Canada una sessantunenne affetta da SLA intenta causa contro il governo canadese. Il suo argomento è che senza la possibilità di ricevere l'assistenza di un medico, persone nel suo stato avrebbero potuto prendere in considerazione l'idea di togliersi la vita autonomamente. Per farlo prima di perdere la propria autonomia a causa della patologia, tuttavia, esse avrebbero finito con l'anticipare il momento del suicidio, che avrebbe potuto, invece, essere ritardato se fosse stato possibile contare sull'assistenza di un medico immediatamente dopo la perdita dell'autonomia. Impedendo questa opzione, il governo canadese priverebbe, quindi, i malati del proprio diritto costituzionale alla vita e viola il principio di eguaglianza di trattamento stabilito dal *The canadian Charter of Rights and Freedoms* adottato nel 1982. L'argomento è audace, ma funziona. Alcuni mesi dopo l'avvio della causa, un giudice si pronuncia a favore della paziente. Pochi mesi dopo, un ricorso contro questa decisione è respinto dalla Corte Suprema e, a partire dal 2016, la morte assistita diventa legale in Canada (Supreme Court of Canada 2015; Green 2022).

La discussione sul rapporto tra suicidio non assistito ed EAS non era nuova. Nel 1995 questa questione era stata sollevata in un influente libro di Richard Posner. Posner prevedeva che la legalizzazione delle EAS avrebbe avuto l'effetto di ridurre il

numero totale di suicidi, e di posticipare quelli effettivamente eseguiti. Il suo argomento era proprio che, privi dell'accesso alle EAS, alcuni pazienti avrebbero potuto anticipare il proprio gesto a causa della preoccupazione che, con il progressivo deterioramento delle loro condizioni, non sarebbero più stati in grado di porre fine alla loro vita senza assistenza (Girma, Paton 2022; Doherty *et al.* 2022; Jones 2022; Downie, Lowe 2017; Jones, Paton 2015; Posner 1995). Troviamo questa stessa posizione nelle due maggiori organizzazioni favorevoli alle EAS in Svizzera: EXIT e Dignitas (Jones 2022). L'ipotesi, associata alla concomitante introduzione delle EAS in alcuni paesi, suscitò un interesse crescente nel campo della ricerca scientifica. La disponibilità di serie storiche sufficientemente lunghe delle EAS permette oggi di valutare la tenuta di tale ipotesi. È necessaria, però, una breve premessa sull'andamento dei suicidi non assistiti nei paesi occidentali.

Il lungo processo di secolarizzazione ha allentato i freni al suicidio non assistito, riducendo la paura della dannazione eterna. Di conseguenza, in molti paesi si è osservata una progressiva crescita dei suicidi non assistiti. Questa crescita si è però arrestata nel corso del Novecento: non perché la secolarizzazione si sia fermata, ma perché sono emersi nuovi fattori che hanno agito in direzione opposta. I progressi nel campo della medicina e della farmacologia hanno reso più sopportabile la vita di persone che, in assenza di questi progressi, si sarebbero suicidate. In tutti i paesi a sviluppo avanzato la crescita si è arrestata, in alcuni si è addirittura registrata una tendenza alla riduzione dei suicidi non assistiti (Barbagli 2009, Barbagli 2018; Walter 2020).

Al di là delle speculazioni teoriche, che effetti ha avuto l'introduzione delle diverse forme di EAS sull'andamento dei suicidi non assistiti? Le ricerche condotte su singoli casi nazionali e su periodi di tempo delimitati a partire già da metà degli anni Settanta convergono su tre risultati principali.

Il primo è che l'introduzione delle EAS non ha influenzato l'andamento dei suicidi non assistiti. È questa la conclusione a cui giungono le analisi condotte sui dati olandesi tra il 1950 e il 1990 (Zalman, Stack 1996), sui dati belgi tra il 1990 e il 2015 (Nanner 2021) e sui dati degli stati americani che hanno introdotto le EAS, tra il 1990 e il 2013 (Jones 2022). La tesi proposta da Posner (1995) non trova quindi conferma, come mostrano anche i dati di registro che presentiamo nei grafici

in figura da 3 a 7, con la debole eccezione della Svizzera. In questo paese, tuttavia, i dati sulle EAS – come abbiamo già osservato – sono influenzati fortemente dalla presenza di stranieri, mentre quelli sui suicidi non assistiti si riferiscono solo agli svizzeri.

Il secondo risultato di questo filone di ricerca è che l'introduzione dell'EAS ha, invece, stimolato una crescita del totale dei suicidi assistiti e non assistiti. Di conseguenza le morti volontarie introdotte dalle norme sull'EAS si sono aggiunte a quelle non assistite, anziché sostituirsi a queste ultime. Sono queste le conclusioni a cui sono giunti gli studi condotti in Svizzera dal 1991 al 2008 (Steck *et al.* 2016; Steck *et al.* 2015), negli stati USA (Girma, Paton 2022; Jones 2022; Jones, Paton 2015). I grafici contenuti nelle figure da 3 a 7 mostrano che, per 100.000 abitanti, nel 2020 i suicidi *tout court* sono stati da 26 in Svizzera e Oregon, a 30 in Canada, 39 in Belgio (2019) e 51 per 100.000 in Olanda. Rispetto al complesso dei decessi, sempre nel 2020, i suicidi *tout court* sono stati il 5% in Olanda, il 4% in Belgio e Canada, il 3% in Svizzera e Oregon. Numeri piccoli, ma non irrilevanti, specialmente perché vent'anni prima, quando le EAS non erano legalizzate o erano poco diffuse, in questi stati i suicidi *tout court* erano attorno al 2% dei decessi totali. Le EAS hanno quindi determinato una netta inversione al rialzo della tendenza a suicidarsi. Gli andamenti ricostruiti nei grafici contenuti nelle figure da 3 a 7 relativi a 5 paesi sono in linea con queste due conclusioni.

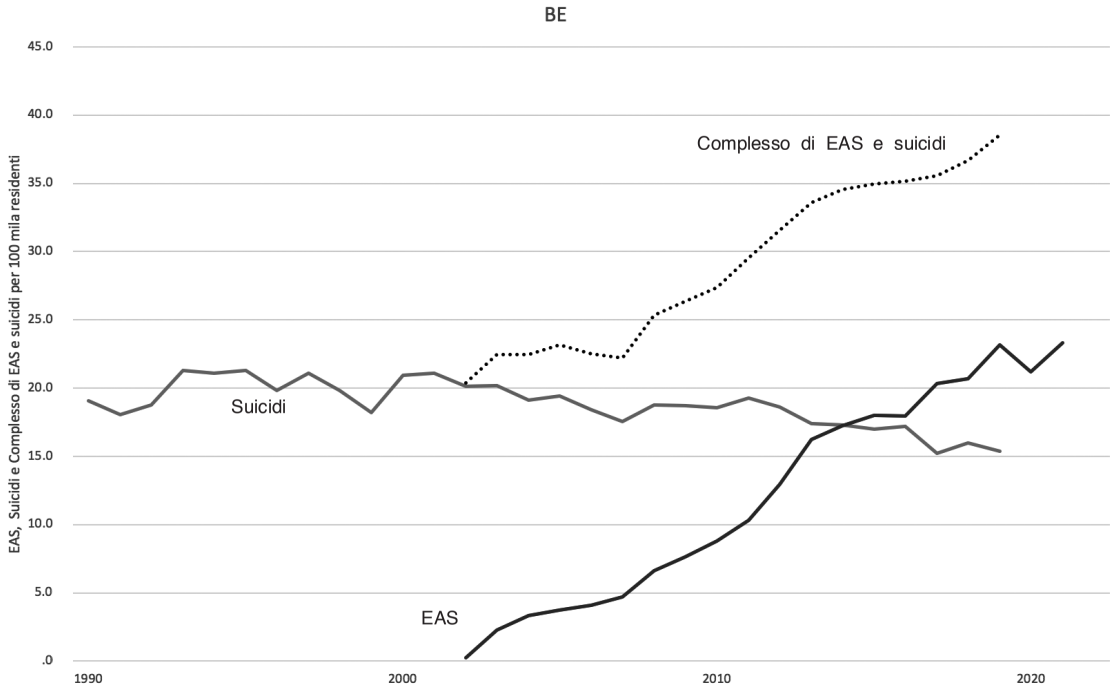

FIG. 3. *EAS, suicidi e complesso EAS e suicidi in Belgio, valori per 100 mila residenti, 1990-2021 (tassi lordi).*

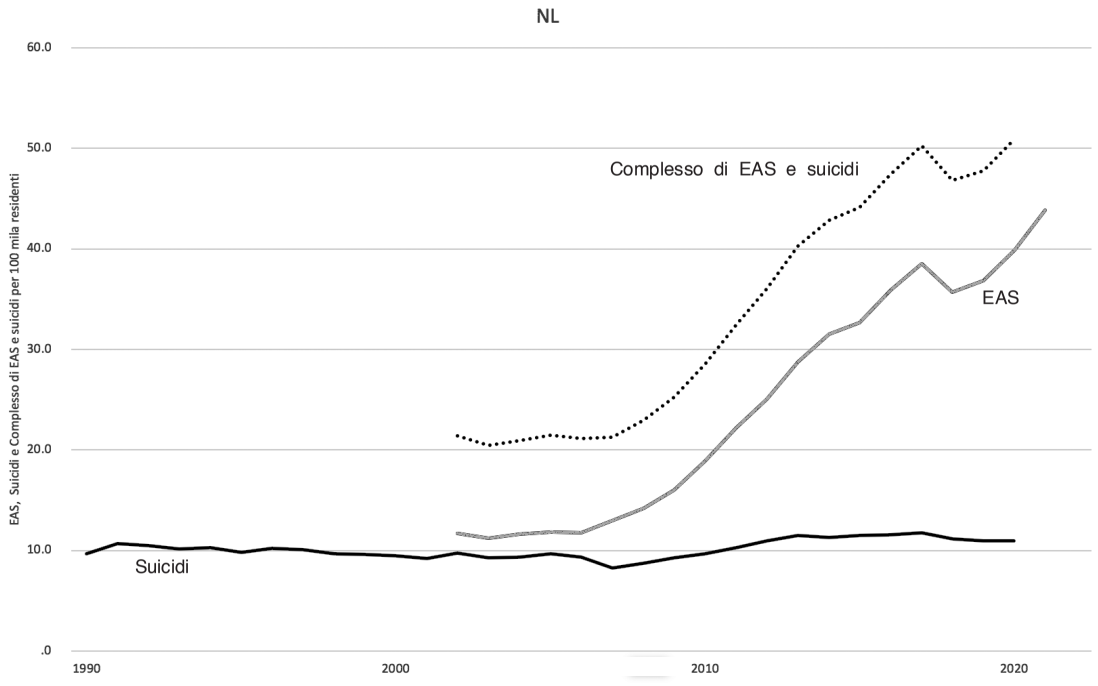

FIG. 4. *EAS, suicidi e complesso EAS e suicidi in Olanda, valori per 100 mila residenti, 1990-2021 (tassi lordi).*

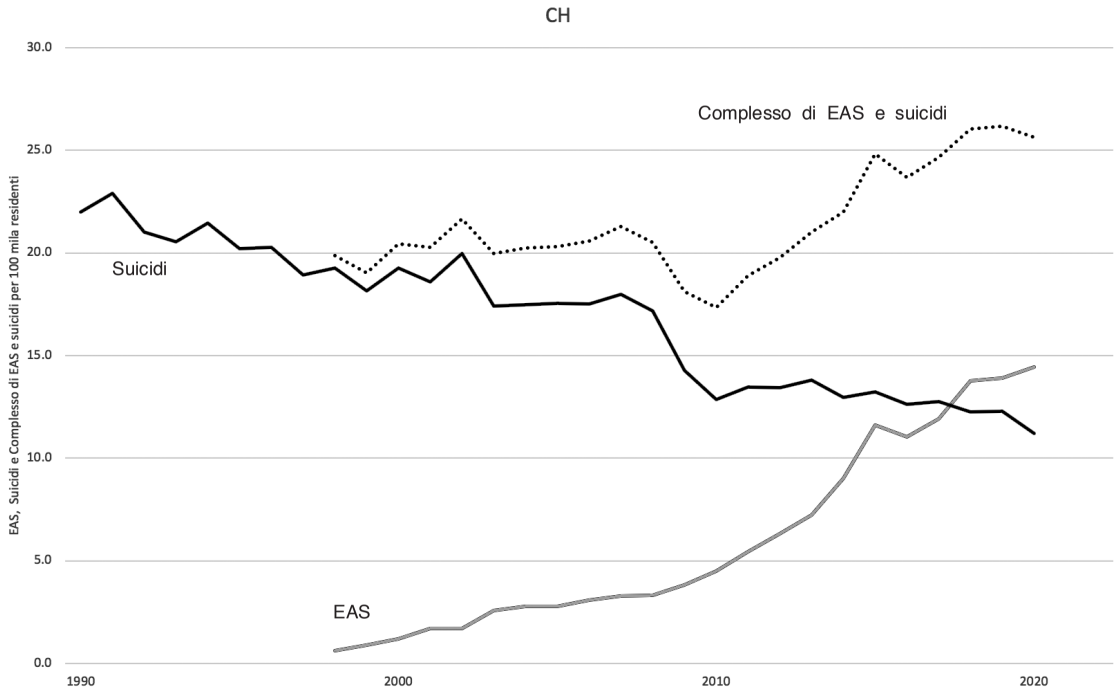

FIG. 5. *EAS, suicidi e complesso EAS e suicidi in Svizzera, valori per 100 mila residenti, 1990-2021 (tassi lordi).*

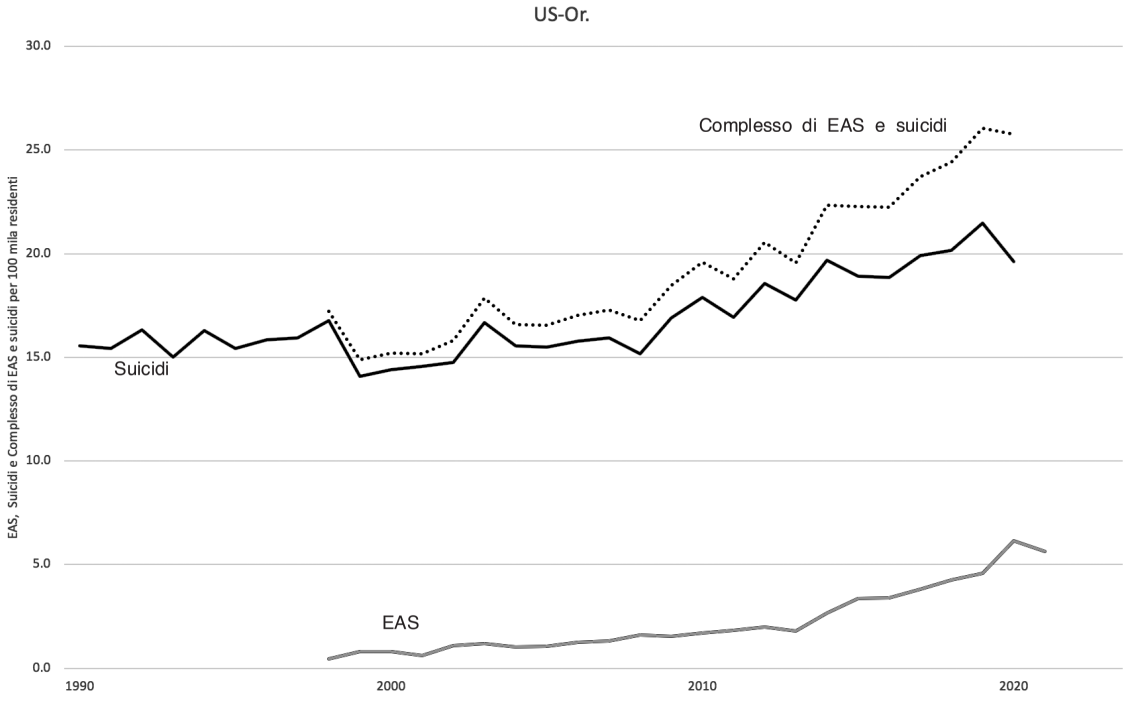

FIG. 6. *EAS, suicidi e complesso EAS e suicidi in Oregon, valori per 100 mila residenti, 1990-2021 (tassi lordi).*

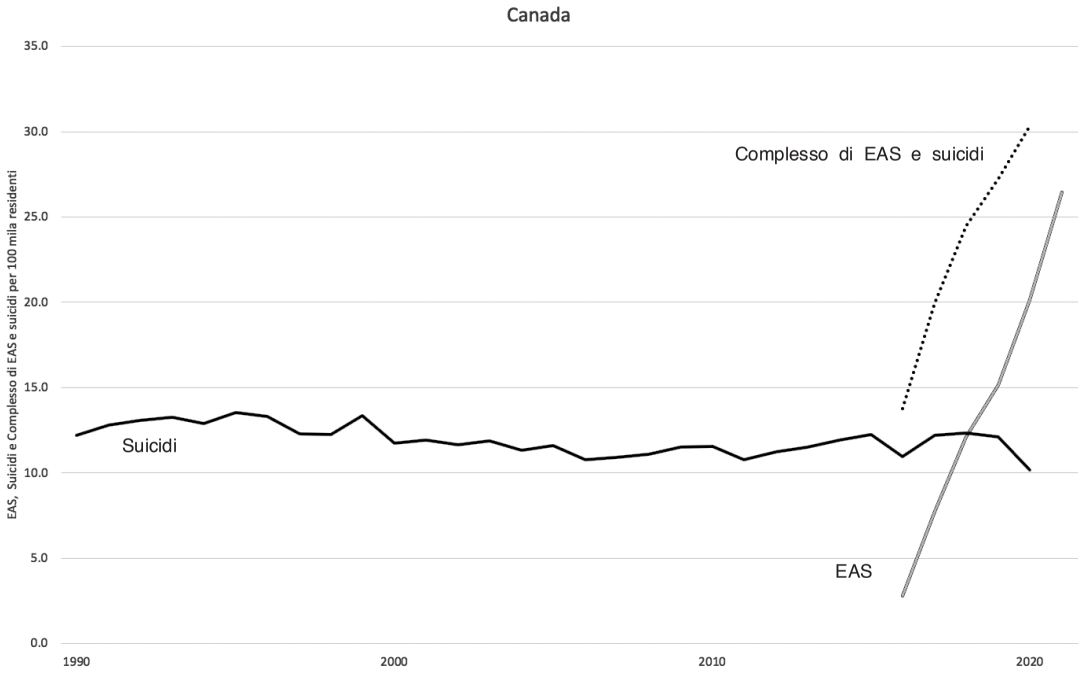

FIG. 7. *EAS, suicidi e complesso EAS e suicidi in Canada, valori per 100 mila residenti, 1990-2021 (tassi lordi).*

Il terzo risultato riguarda la mancata sovrapponibilità sostanziale tra suicidi non assistiti e EAS. Le ricerche fin qui condotte confermano che l'incidenza dei suicidi non assistiti sulla popolazione varia al variare di fattori sociodemografici stabili nel tempo e nello spazio. Come abbiamo già visto, con poche eccezioni, il tasso di suicidi non assistiti cresce passando dalle donne agli uomini, dai coniugati ai separati e divorziati, ai vedovi e alle vedove, dai praticanti ai non religiosi e – tra i religiosi – dai cattolici ai protestanti. Le accurate analisi condotte in Svizzera comparando le caratteristiche dei suicidi assistiti e quelli non assistiti hanno mostrato che i fattori sociodemografici associati a questi due tipi di suicidi variano non solo per l'entità dell'effetto sul tasso di suicidio, ma anche per la direzione di tale effetto. L'effetto della religiosità si indebolisce, passando dai suicidi non assistiti a quelli assistiti; quello del genere scompare (Steck *et al.* 2016), come abbiamo visto anche precedentemente. Nessuno di questi risultati è coerente con l'ipotesi che le EAS sostituiscano i suicidi. Lo sono, al contrario, con l'ipotesi che suicidi e EAS siano due fenomeni fra loro poco sovrapponibili. Appare quindi plausibile che chi chiede l'accesso alle EAS non sarebbe disponibile a commettere un suicidio non assistito. Indagini qualitative sembrano confermare che nei resoconti di chi non esclude la EAS, il suicidio non assistito sia raramente contemplato, e questo per almeno tre ragioni. Perché, a differenza della EAS, non è considerato una forma di morte «buona» o «dignitosa»; perché il suicidio non assistito è considerato un atto determinato dalla disperazione, mentre la EAS è visto come un atto ponderato; e infine perché il suicidio non assistito può essere la conseguenza di una crisi momentanea o di un episodio di panico, anziché la conseguenza di una determinazione a morire non momentanea (Pronk *et al.* 2022; Van Wijngaarden *et al.* 2015).

Conclusioni

Nel corso degli ultimi decenni si osserva un aumento progressivo sia del ricorso ad eutanasia e suicidio assistito, dove la legislazione lo permette, sia delle azioni/inazioni sanitarie che – pur non determinando in modo diretto la morte del paziente – ne abbreviano l'agonia. Nei paesi per cui disponiamo di dati, l'incremento del ricorso alle EAS è lineare nei primi

anni successivi all'introduzione della legge, ma accelera poi nel periodo successivo. Inoltre, le forti differenze fra i paesi che hanno introdotto le EAS si mantengono nel tempo, e sembrano essere prevalentemente dovute alle circostanze in cui le EAS sono permesse dalla legge.

Le motivazioni che stanno alla base di questi cambiamenti nelle pratiche di fine-vita sono di due tipi. In primo luogo, negli ultimi decenni del Novecento fra l'opinione pubblica dei diversi paesi europei, negli USA e nel Canada è progressivamente cresciuta l'accettazione delle diverse forme di EAS. La proporzione di persone favorevoli all'eutanasia e al suicidio assistito, nei primi due decenni del nuovo secolo, in molti paesi ha cessato di aumentare, ma la maggioranza delle opinioni pubbliche resta favorevole, specialmente se si tratta di porre fine a sofferenze insostenibili. In secondo luogo, anche se permangono forti differenze fra paesi, nel corso degli ultimi decenni è fortemente aumentata la proporzione di medici favorevoli alla sospensione o mancata attivazione di cure in grado di prolungare l'agonia senza dare speranza di miglioramento o guarigione. Ciò accade perché la mentalità dei medici muta assieme a quella dell'opinione pubblica, ma anche perché le decisioni sul fine-vita diventano sempre più spesso ineludibili, grazie alla crescente disponibilità di tecniche progressivamente più sofisticate, in grado di allungare i tempi della sopravvivenza senza però incrementare le speranze di miglioramento o guarigione.

La strada di un utilizzo crescente e generalizzato delle EAS non è però l'unica possibile. Le ricerche mostrano che l'incremento delle EAS è meno rapido se vengono organizzate in modo generalizzato appropriate cure palliative, in grado di ridurre grandemente o addirittura di annullare il dolore cronico, giungendo fino alla sedazione profonda. Questa strada potrebbe incontrare il favore di un'opinione pubblica che considera appropriato il ricorso alle EAS non tanto come esercizio di una sorta di «diritto individuale assoluto», quanto come un modo per evitare una morte funestata da dolori incontenibili. Perché ciò accada, è però necessario sviluppare un'intensa interazione fra il paziente, i suoi congiunti e il personale sanitario. È necessario inoltre superare barriere culturali anche fra i medici, come quelle che – in alcuni paesi, inclusa l'Italia – li rende restii a utilizzare gli appropriati farmaci oppioidi. Da questo punto di vista, le EAS

rischiano di essere una scorciatoia, rispetto a un più difficile accompagnamento verso una morte non resa terribile dal dolore.

Più complesso è il ricorso alle EAS o alla sospensione/non attivazione di un trattamento in assenza di dolori fisici cronici insostenibili, in patologie come la SLA e le demenze. La proporzione di malati di SLA che ricorre alle EAS è elevata. Anche per questi malati – fatto salvo il rispetto per le loro decisioni – sono fondamentali forme di accompagnamento nel decorso della malattia. È però errato identificare nel malato di SLA l'utente-tipo per le EAS perché, essendo la diffusione della SLA non paragonabile a quella di altre patologie, come le neoplasie, fra quanti ricorrono alle EAS la proporzione di malati di SLA è ovunque molto contenuta.

Basso, anche se in crescita, è l'accesso alle EAS per le persone affette da demenza: per questi malati si rileva piuttosto la tendenza a non mettere in atto trattamenti sanitari salvavita nei momenti terminali della malattia o in presenza di setticemia o di crisi sanitarie di altro tipo. Poiché si tratta spesso di pazienti non in grado di esprimere una loro volontà, il dilemma etico si pone in tutta la sua pienezza e drammaticità. Se diverrà generalizzata l'idea che questo tipo di esistenza «non è degna di essere vissuta», allora invecchiamento e grande incidenza delle demenze potranno accelerare ulteriormente il ricorso alle EAS e le decisioni di mancato trattamento. Se ciò accadrà, anche l'incremento della sopravvivenza, a livello di popolazione, potrebbe risentirne. Finora – tuttavia – né le EAS né le decisioni di azioni/inazioni di fine-vita possono aver influenzato in misura sensibile l'attesa di vita, in quanto messe in atto – con poche eccezioni – quando al paziente restano poche settimane o pochi giorni di vita.

Malgrado le nostre ricerche bibliografiche e i nostri tentativi di utilizzare al meglio i dati disponibili, le analisi differenziali qui riassunte e sviluppate sono molto elementari. Eppure, queste analisi sono fondamentali per comprendere l'evoluzione dei variegati aspetti del fine-vita. La possibilità di disporre di alcuni dati per sesso, età e patologia ci ha permesso – ad esempio – di mostrare che le EAS sono strutturalmente diverse rispetto al suicidio non assistito: mentre quest'ultimo avviene in un contesto di disperazione, solitudine e anomia, le EAS sono il frutto di una scelta ben ponderata, operata spesso in un contesto di forti interazioni sociali.

Purtroppo la mancanza di altri dati socio-demografici ci ha impedito di sviluppare ulteriori analisi. Questo ci consente di

concludere suggerendo l'opportunità di indicare, all'interno della scheda di morte, se l'eutanasia o il suicidio assistito sono stati concausa del decesso. In questo modo, i confronti fra paesi e le analisi interne a ogni paese potranno dare risultati più facilmente comparabili.

Riferimenti bibliografici

Ariés, P. (1978) *Storia della morte in Occidente*, Milano, Rizzoli (ed. or. 1975).

Ariés, P. (1980) *L'uomo e la morte dal Medio Evo a oggi*, Roma-Bari, Laterza (ed. or. 1977).

Azoulay, E., *et al.* (2009) *End-of-life practices in 282 intensive care units: data from the SAPS 3 database*, in «Intensive Care Med», 35 (4), pp. 623-30.

Barbagli, M. (2009) *Congedarsi dal mondo: il suicidio in Occidente e in Oriente*, Bologna, Il Mulino

Barbagli, M. (2018) *Alla fine della vita. Morire in Italia*, Bologna, Il Mulino

Bertolini, G., S. Boffelli, P. Malacarne, M. Peta, M. Marchesi, C. Barbisan, S. Tomelleri, S. Spada, R. Satolli, B. Gridelli, I. Lizzola, D. Mazzon (2010) *End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units*, in «Intensive Care Med», 36 (9), pp. 1495-504.

Bilsen, J., J. Cohen, L. Deliens (2007) *End of life in Europe: an overview of medical practices*, in «Population Societies», 430 (1), pp. 1-4.

Bosshard, G., U. Zellweger, M. Bopp, M. Schmid, S.A. Hurst, M.A. Puhan, K. Faisst (2016) *Medical End-of-Life Practices in Switzerland: A Comparison of 2001 and 2013.*, in «JAMA Intern Medicine», 176 (4), pp. 555-56.

Brinkman-Stoppelenburg, A., J.A. Rietjens, A. van der Heide (2014) *The effects of advance care planning on end-of-life care: a systematic review*, in «Palliative Medicine» 28 (8), pp. 1000-25.

Cavicchia Scalamonti, A. (1984) *Il* «senso» *della morte. Contributi a una sociologia della morte*, Napoli, Liguori Editore

Chambaere, K., R.V. Stichele, F. Mortier, J. Cohen, L. Deliens (2015) *Recent trends in euthanasia and other end-of-life practices in Belgium.*, in «New England Journal of Medicine», 372 (12), pp. 1179-81.

Cohen, J., I. Marcoux, J. Bilsen, P. Deboosere, G. van der Wal, L. Deliens (2006) *Trends in acceptance of euthanasia among the general public in 12 European countries (1981-1999)*, in «European Journal of Public Health», 16 (6), pp. 663-69.

Cohen, J., P. Van Landeghem, N. Carpentier, L. Deliens (2014) *Public acceptance of euthanasia in Europe: a survey study in 47 countries*, in «International Journal of Public Health», 59 (1), pp. 143-56.

Comitato Nazionale per la Bioetica (2016) *Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte (26 gennaio 2016)*, Roma, Presidenza del Consiglio dei Ministri

Dahmen, B.M., J. Vollmann, S. Nadolny, J. Schildmann (2017) *Limiting treatment and shortening of life: data from a cross-sectional survey in Germany on frequencies, determinants and patients' involvement*, in «BMC Palliat Care», 16 (1), pp. 3 ss.

Dierickx, S., L. Deliens, J. Cohen, K. Chambaere (2016) *Euthanasia in Belgium: trends in reported cases between 2003 and 2013*, in «Canadian Medical Association Journal», 188 (16), pp. E407-14.

Dierickx, S., L. Deliens, J. Cohen, K. Chambaere (2017) *Euthanasia for people with psychiatric disorders or dementia in Belgium: analysis of officially reported cases*, in «BioMed Central Psychiatry», 17 (1), pp. 203 ss.

Dierickx, S., B. Onwuteaka-Philipsen, Y. Penders, J. Cohen, A. van der Heide, M.A. Puhan, S. Ziegler, G. Bosshard, L. Deliens, K. Chambaere (2020) *Commonalities and differences in legal euthanasia and physician-assisted suicide in three countries: a population-level comparison*, in «International Journal of Public Health», 65 (1), pp. 65-73.

Doherty, A.M., C.J. Axe, D.A. Jones (2022) *Investigating the relationship between euthanasia and/or assisted suicide and rates of non-assisted suicide: systematic review*, in «BJPsych Open», 8 (4), pp. e108.

Downie, J., M. Lowe (2017) *Does legalization of medical assistance in dying affect rates of non-assisted suicide*, «Journal of Ethics in Mental Health», pp. 1 ss.

Elias, N. (1982) Über di Einsamkeit der Sterbenden in unseren Tagen, Frankfurt, Suhrkamp.

European Health & Life Expectancy EHLEiS (2014) *EHLEIS Country Reports*, 7 pp.

Giantin, V., P. Siviero, M. Simonato, M. Iasevoli, V. Pengo, M. Andrigo, M. Storti, E. Valentini, R. Pegoraro, S. Maggi, G. Crepaldi, E. Manzato (2012) *Physicians' and nurses' experiences of end-of-life decision-making in geriatric settings*, in «Aging Clin Exp Res», 24 (5), pp. 537-47.

Girma, S., D. Paton (2022) *Is assisted suicide a substitute for unassisted suicide*, in «European Economic Review», 145, pp. 104113.

Glaser, B.G., A.L. Strauss (1965) *Awareness of Dying*, Chicago, Aldine

Glaser, B.G., A.L. Strauss (1968) *Time for Dying*, Chicago, Aldine.

Gorer, G. (1955) *The pornography of death*, in «Encounter», 25, pp. 49-52.

Gorer, G. (1965) *Death, grief, and mourning in contemporary Britain*, London, Cresset Press

Green, S. (2022) *This is Assisted dying. A doctor's Story of empowering patients at the end of life*, New York - Toronto, Scribner.

He, Z.X., D. Lester (1997) *The gender difference in chinese suicide rates*, in «Archives of Suicide Research», 3 (2), pp. 81-89.

Henson, L.A., B. Gomes, J. Koffman, B.A. Daveson, I.J. Higginson, W. Gao (2016) *Factors associated with aggressive end of life cancer care*, in «Support Care Cancer», 24 (3), pp. 1079-89.

Inglehart, R.C. (2018) *Cultural Evolution. People's Motivations are Changing, and Reshaping the World*, Cambridge, Cambridge University Press.

Ji, J., A. Kleinman, A.E. Becker (2001) *Suicide in contemporary China: a review of China's distinctive suicide demographics in their sociocultural context*, in «Harvard Review of Psychiatry», 9 (1), pp. 1-12.

Jones, D.A., D. Paton (2015) *How does legalization of physician assisted suicide affect rates of suicide*, in «Southern Medical Journal», 108 (10), pp. 599-694.

Jones, D.A. (2022) *Euthanasia, assisted suicide, and suicide rates in Europe*, in «Journal of Ethics in Mental Health», 11 pp. 1-35.

Klonsky, E.D., A.M. May, B.Y. Saffer (2016) *Suicide, Suicide Attempts, and Suicidal Ideation*, in «AnnRevClinPsych», 12. pp. 307-30.

Kurkowski, S., M. Heckel, L. Pfaller, J. Peters, J. Bazata, E. Schildmann, C. Ostgathe (2022) *Possible age-related differences in healthcare professionals' perspectives on younger and older patients' autonomy and decision-making in the context of sedation in specialised palliative care: exploratory secondary qualitative content and linguistic conversation analysis of interviews with healthcare professionals*, in «BMC Palliat Care», 21 (1), pp. 71 ss.

Lemos Dekker, N. (2021) *Anticipating an unwanted future: Euthanasia and dementia in the Netherlands*, in «Journal of the Royal Anthropological Institute», 27 (4), pp. 815-31.

Leone, R., L. Magro (2015) *Analisi critica dei dati prescrittivi italiani*, iris.univr.it.

Lewy, G. (2010) *Assisted death in Europe and America: Four regimes and their lessons*, Oxford, Oxford University Press.

Malhotra, C., F. Bundoc, I. Chaudhry, Irene Teo, Semra Ozdemir, E. Finkelstein on behalf of Compass study group (2022) *A prospective cohort study assessing aggressive interventions at the end-of-life among patients with solid metastatic cancer*, in «BMC Palliat Care», 21 (1), pp. 73 ss.

Miccinesi, G., S. Fischer, E. Paci, B.D. Onwuteaka-Philipsen, C. Cartwright, A. van der Heide, T. Nilstun, M. Norup, F. Mortier, Eureld consortium (2005) *Physicians' attitudes towards end-of-life decisions: a comparison between seven countries*, in «Soc Sci Med», 60 (9), pp. 1961-74.

Miesfeldt, S., K. Murray, L. Lucas, C.-H. Chang, D. Goodman, N.E. Morden (2012) *Association of age, gender, and race with intensity of end-of-life care for Medicare beneficiaries with cancer*, in «Journal of Palliative Medicine», 15 (5), pp. 548-54.

Nanner, H. (2021) *The effect of assisted dying on suicidality: a synthetic control analysis of population suicide rates in Belgium*, in «J Pub Health Pol», 42 (1), pp. 86-97.

Norris, P., R.C. Inglehart (2011) *Sacred and Secular: Religion and Politics Worldwide*, Cambridge, Cambridge University Press.

Onwuteaka-Philipsen, B.D., A. Brinkman-Stoppelenburg, C. Penning, G.J.F. de Jong-Krul, J.J.M. van Delden, A. van der Heide (2012) *Trends in end-of-life practices before and after the enactment of the euthanasia law in the Netherlands from 1990 to 2010: a repeated cross-sectional survey*, in «The Lancet», 380 (9845), pp. 908-15.

Parsons, T. (1963) *Death in American Society a Brief Working Paper*, in «The American Behavioral Scientist (pre-1986)», 6 pp. 61.

Parsons, T., V.M. Lidz (1967) *Death in American Society*, in Schneidman, E (ed.), *Essays in Self Destruction*, New York, Science House, pp. 133-70.

Parsons, T., R.C. Fox, V.M. Lidz (1972) *The* «Gift» *of Life and its Reciprocation*, in «Social Research», 39 (3), pp. 367-415.
Parsons, T.(1978) *Death in the Western World*, in Parsons, T. (ed.), *Action Theory and The Human Condition*, New York and London, The Free Press, 331-51.
Phua, J., *et al.* (2015) *Withholding and withdrawal of life-sustaining treatments in intensive care units in Asia*, in «JAMA Intern Med», 175 (3), pp. 363-71.
Posner, R.A. (1995) *Aging and Old Age*, Chicago and London, The University of Chicago Press
Pronk, R., D.L. Willems, S. van de Vathorst (2022) *Feeling Seen, Being Heard: Perspectives of Patients Suffering from Mental Illness on the Possibility of Physician-Assisted Death in the Netherlands*, in «Culture, Medicine, and Psychiatry», 46 (2), pp. 475-89.
Schmid, M., U. Zellweger, G. Bosshard, M. Bopp (2016) *Medical end-of-life decisions in Switzerland 2001 and 2013: Who is involved and how does the decision-making capacity of the patient impact*, in «Swiss Medical Weekly», 146 (w14307), pp. 1-10.
Stack, S. (2000a) *Suicide: a 15-year review of the sociological literature part I: cultural and economic factors*, in «Suicide and Life-Threatening Behavior», 30 (2), pp. 145-62.
Stack, S. (2000b) *Suicide: a 15-year review of the sociological literature part II: modernization and social integration perspectives*, in «Suicide and Life-Threatening Behavior», 30 (2), pp. 163-76.
Steck, N., M. Zwahlen, M. Egger, Swiss National Cohort (2015) *Time-trends in assisted and unassisted suicides completed with different methods: Swiss National Cohort*, in «Swiss Medical Weekly», 145 pp. w14153.
Steck, N., M. Egger, M. Zwahlen; Swiss National Cohort (2016) *Assisted and unassisted suicide in men and women: longitudinal study of the Swiss population*, in «British Journal of Psychiatry», 208 (5), pp. 484-90.
Steck, N., C. Junker, M. Zwahlen (2018) *Increase in assisted suicide in Switzerland: did the socioeconomic predictors change? Results from the Swiss National Cohort*, in «BMJ open», 8 (4), pp. e020992.
Supreme Court of Canada (2015) *Carter v. Canada (Attorney General) - 15-016 CSC 2015 V1C2 Jugements 5-11-R4-PAP.indd*, in «SCR», 1, pp. 331.
Van der Geest, S., P. Satalkar (2021) *Autonomy and dying: Notes about decision-making and* «completed *life» euthanasia in the Netherlands*, in «Death Studies», 45 (8), pp. 613-22.
Van der Heide, A., L. Deliens, K. Faisst, T. Nilstun, M. Norup, E. Paci, G. van der Wal, P.J. van der Maas; Eureld consortium (2003) *End-of-life decision-making in six European countries: descriptive study*, in «The Lancet», 362 (9381), pp. 345-50.
Van Wijngaarden, E., C. Leget, A. Goossensen (2015) *Ready to give up on life: The lived experience of elderly people who feel life is completed and no longer worth living*, in «Social Science & Medicine», 138 pp. 257-64.
Verbakel, E., E. Jaspers (2010) *A Comparative Study on Permissiveness Toward Euthanasia: Religiosity, Slippery Slope, Autonomy, and Death with Dignity*, in «Public Opinion Quarterly», 74 (1), pp. 109-39.

Wakatake, H., K. Hayashi, Y. Kitano, H.-C. Hsu, T. Yoshida, Y. Masui, Y. Taira, S. Fujitani (2022) *Eleven-year retrospective study characterizing patients with severe brain damage and poor neurological prognosis -role of physicians' attitude toward life-sustaining treatment*, in «BMC Palliat Care», 21 (1), pp.

Walter, T. (2002) *The Revival of Death*, London, Taylor & Francis

Walter, T. (2020) *Death in the Modern World*, Kndle Ed. edn., Los Angeles, Sage

Weisberg, D.F., W.C. Becker, D.A. Fiellin, C. Stannard (2014) *Prescription opioid misuse in the United States and the United Kingdom: cautionary lessons*, in «Internationl Journal of Drug Policy», 25 (6), pp. 1124-30.

Wray, M., C. Colen, B. Pescosolido (2011) *The Sociology of Suicide*, in «Annual Review of Sociology», 37 (1), pp. 505-28.

Yaguchi, A., R.D. Truog, J.R.Curtis, J.M. Luce, M.M. Levy, C. Mélot, J.-L. Vincent (2005), *International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey*, in «Archives of internal medicine», 165 (17), pp. 1970-75.

Zalman, M. S. Stack (1996) *The relationship between euthanasia and suicide in the Netherlands: A time series analysis, 1950-1990*, in «Social Science Quarterly», pp. 577-93.

La ricerca presentata in questo articolo è stata condotta all'interno del progetto di interesse nazionale PRIN 2015 "Death, Dying and Disposal in Italy. Attitudes, Behaviours, Beliefs and Rituals" (2015FR7MKM), Principal Investigator: Asher Colombo