

Appendice I: Definizioni

Scheda 1 – Cure Palliative

Definizione di cure palliative:

- “Un approccio che **migliora la qualità della vita dei pazienti e delle famiglie** che si confrontano con i problemi associati a malattie mortali, attraverso la prevenzione e il sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'impeccabile valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psicosociali e spirituali” (OMS, 2002)
- “Il trattamento del paziente affetto da patologie evolutive ed irreversibili, attraverso il **controllo dei suoi sintomi e delle alterazioni psicofisiche, più della patologia che ne è la causa**”. Lo scopo principale delle cure palliative è quello di migliorare anzitutto la qualità di vita piuttosto che la sopravvivenza, assicurando ai pazienti e alle loro famiglie un'assistenza continua e globale (Ventafridda, 1990).

Per raggiungere i propri obiettivi di miglioramento della qualità della vita del paziente, le cure palliative comprendono anche interventi medici palliativi di trattamento sintomatico (terapia del dolore e dei sintomi) e di decisione rispetto all'utilizzo o meno di determinate terapie quando si è giunti all'imminenza della morte del paziente (**Astensione/Sospensione terapeutica**).

Rientrano in tali casistiche diversi tipi di interventi – attivi o passivi – fra cui:

- Sedazione leggera, ovvero la somministrazione di sedativi per rendere il paziente sonnolento con lo scopo principale di non fargli percepire dolore o di ridurne l'ansia.
- Sedazione terminale, o palliativa, ovvero la continua somministrazione di sedativi fino al punto in cui il paziente perde completamente la coscienza, con lo scopo principale di ridurne al massimo la sofferenza. Il paziente dorme profondamente tutto il tempo, non percepisce dolore fisico, anche se non può comunicare.
- Trattamento del dolore e dei sintomi con il possibile *effetto collaterale* di accorciare la vita del paziente, ma con la sola intenzione di alleviarne la sofferenza (c.d. dottrina del *doppio effetto*).
- Astensione dal somministrare, o sospensione di trattamenti di sostegno vitale considerati medicalmente *futili e inutili*. La limitazione dei trattamenti di sostegno vitale (fra cui ad es.: *nutrizione/idratazione artificiale, dialisi, ventilazione forzata, pratiche di rianimazione...*) ha l'unico scopo di non prolungare il processo agonico, permettendo al paziente di morire a causa della sua malattia.

(1) La futilità è definita da diversi parametri, fra cui: *assenza di beneficio, inefficacia del trattamento al 99%, non conformità agli standard della comunità medica, non conformità alle volontà del paziente, irraggiungibilità degli obiettivi prefissati con il trattamento.*

Scheda 2 – Atti eutanasi

Definizione di atti eutanasi

Eutanasia Attiva ()** – **Volontaria**

Quando un medico/operatore sanitario intenzionalmente provoca la morte di una persona priva di speranze di guarigione, che soffre in modo insopportabile e che manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di morire, attraverso un chiaro consenso informato ;

Suicidio Medicalmente Assistito

Quando un medico/operatore sanitario intenzionalmente aiuta/assiste/coopera al suicidio di una persona priva di speranze di guarigione, che soffre in modo insopportabile e che manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di morire, attraverso un chiaro consenso informato e la chiara richiesta della partecipazione del medico;

Eutanasia Attiva ()** – **Non-Volontaria**

Quando un medico intenzionalmente provoca la morte di una persona non cognitivamente competente; il consenso non è ottenibile perché il soggetto non è cosciente o è per altre ragioni impossibilitato ad esprimere il proprio accordo verbalmente o razionalmente.

Eutanasia Attiva()** – **Involontaria (***)**

Quando un medico intenzionalmente provoca la morte di una persona cognitivamente competente, priva di speranze di guarigione e che soffre in modo insopportabile, senza che essa abbia espresso tale volontà. Il consenso si sarebbe potuto ottenere, ma non lo si è richiesto.

Le seguenti definizioni di “atti eutanasi” sono state tratte a partire da una recensione fra vari studi (cfr.: Lavery et al., 1997, Materstvedt & Kaasa, 2002; Hermesen, ten Have, 2002; Materstvedt, LJ, Clark, D, Ellershaw, J, Fórde, R, Gravgaard A-M, Müller-Busch, HC, Porta I Sales, J, Rapin, C-H., 2003.) e si propongono come il più possibile “neutre”, e perciò forzatamente non esaustive, nel tentativo di dar conto dei diversi punti di vista e delle diverse sfaccettature e complessità dei fenomeni in esame. (N.d.A.)

*(**) La specifica “attiva” per l'eutanasia non è condivisa dalla maggior parte dei Palliativisti, che sostengono che non esista altro tipo di eutanasia, contestando essi la definizione di “eutanasia passiva” che molti autori usano per l'analgesia con possibili effetti collaterali – involontari – di accorciamento della vita del paziente, comunemente definita come “dottrina del doppio effetto” o “double effect”.*

*(***) Questa pratica – secondo la maggioranza degli autori – non andrebbe definita neppure eutanasia, in quanto si configura di fatto come un vero e proprio omicidio volontario.*

Appendice II: il questionario

Scheda demografica dell'intervistato

1. ANNO DI NASCITA _____

2. SESSO M₁

F₂

3. NAZIONALITA' _____

4. TITOLO DI STUDIO:

laurea specialistica ₁ laurea breve ₂ diploma scuola media
superiore ₃

diploma triennale ₄ diploma di scuola media inferiore ₅ altro
(specificare) _____₆

5. si considera di RELIGIONE:

cattolica ₁ non cattolica (specificare) _____₂

sono ateo/a ₃

6. QUANTO SI CONSIDERA RELIGIOSO?

profondamente ₁ abbastanza ₂ poco ₃ per nulla ₄

7. PROFESSIONE:

SANITARIA

SÌ ₁

NO ₂

Se si: vada alla pagina successiva

Se no: salti a pagina 4 (Questionario)

Segue: Scheda demografica dell'intervistato
(per soli operatori sanitari)

7.1 In che tipo di Struttura opera? (es. Ospedale, RSA, ...)

7.2 In che reparto opera?

7.3 Qual è la Sua posizione lavorativa? (fare una croce nella casella corrispondente):

- a. **MEDICO** 1
- b. Conseguita specializzazione in: _____
- c. Attuale qualifica professionale: _____
- d. **INFERMIERE PROFESSIONALE** 2
- e. **OPERATORE SOCIO-ASSISTENZIALE** 3
- ALTRO (specificare)** _____ 4

7.4 Quante ore la settimana lavora? _____

7.5 Da quanto tempo opera nel settore socio-sanitario? _____

7.6 Da quanto tempo svolge l'attività attuale? _____

7.7 Nel Suo lavoro, le capita di incontrare e curare pazienti con *malattie non guaribili aventi esito infausto*? SÌ 1 NO 2

7.7.1.1 Se sì, quanto *frequentemente*?

- raramente (<10% dei paz.) 1 abbastanza (da 10 a 40% dei paz.) 2
- molto (da 40 a 70% dei paz.) 3 quasi sempre (oltre 70%) 4

7.7.1.2 Se sì, come stimerebbe la *percentuale di lavoro* da Lei dedicata a questi pazienti?

- da 0 a 20% 1 da 20 a 40% 2 da 40 a 60% 3
- da 60 a 80% 4 oltre 80% 5

CURE AL LIMITE, LIMITE DELLE CURE:
ATTITUDINI RISPETTO ALLE CURE DI FINE VITA
E LOGORAMENTO PROFESSIONALE DEGLI
OPERATORI

PARTE I

8. Legga le seguenti affermazioni e indichi con una crocetta il grado di accordo al loro contenuto:

8.1 *Una persona è affetta da un male inguaribile, sta soffrendo in modo intollerabile e i sintomi dolorosi non sono altrimenti controllabili: per il medico, porre fine in modo indolore alla sua vita...*

1. ... dovrebbe essere sempre e comunque illecito.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di morire , attraverso un chiaro consenso informato.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
3. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, ma ha lasciato chiare e ripetute direttive anticipate in tal senso.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
4. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, ma è la famiglia a chiederlo.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
5. ... dovrebbe essere lecito anche quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, e non ci sono familiari che lo richiedano, se l'équipe di cura lo ritiene opportuno.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.2 *Una persona è affetta da un male inguaribile, sta soffrendo in modo intollerabile e i sintomi dolorosi non sono altrimenti controllabili: per il medico, prescrivere medicinali/dargli istruzioni con l'intento di permettergli di porre fine in modo indolore alla sua vita...*

1. ... dovrebbe essere sempre e comunque illecito.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di porre fine alla propria vita , attraverso un chiaro consenso informato.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.3 Una persona è affetta da un male inguaribile, sta soffrendo in modo intollerabile e i sintomi dolorosi non sono altrimenti controllabili:

per il medico, prescrivere medicinali che addormentino profondamente il paziente, privandolo della coscienza, fino al sopraggiungere della sua morte...

1. ... dovrebbe essere sempre e comunque illecito .	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di essere sedato , attraverso un chiaro consenso informato.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
3. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, ma ha lasciato chiare e ripetute direttive anticipate in tal senso.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
4. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, ma è la famiglia a chiederlo .	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
5. ... dovrebbe essere lecito anche quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, e non ci sono familiari che lo richiedano, se l'équipe di cura lo ritiene opportuno perché è in fase pre-agonica (ultimissimi giorni di vita).	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.4 Una persona è affetta da un male inguaribile, ed è in fase avanzatissima di malattia (prognosi inferiore o uguale a 15 gg):

per il medico, non attuare / interrompere i trattamenti di sostegno vitale (es.: idratazione/nutrizione artificiale, dialisi, etc) se ritenuti futili/inutili...

1. ... dovrebbe essere sempre e comunque illecito.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente manifesta volontariamente, esplicitamente e ripetutamente la propria volontà di interromperli , attraverso un chiaro consenso informato.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
3. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, ma ha lasciato chiare e ripetute direttive anticipate in tal senso.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
4. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, ma è la famiglia a chiederlo.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
5. ... dovrebbe essere lecito anche quando il paziente non è in grado di chiederlo, non ha lasciato direttive anticipate in tal senso, e non ci sono familiari che lo richiedano, se l'équipe di cura lo ritiene opportuno.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.5 Una persona è affetta da un male inguaribile, e sta soffrendo in modo intollerabile: per il medico, usare analgesici per ottenere il controllo del dolore, anche nel caso in cui questi farmaci avessero come possibile effetto collaterale quello di affrettare la morte del paziente...

1. ... dovrebbe essere sempre e comunque illecito.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente ne richiede l'uso, attraverso un chiaro consenso informato.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
3. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, ma ha lasciato chiare e ripetute direttive anticipate in tal senso.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
4. ... dovrebbe essere lecito quando il paziente non è in grado di chiederlo, ma è la famiglia a chiederlo.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
5. ... dovrebbe essere sempre lecito.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.6 Il numero di richieste di eutanasia/suicidio assistito da parte di pazienti terminali o loro congiunti potrebbe essere limitato grazie a una maggiore attenzione a...

1. ...Aspetti psicologici, relazionali, sociali e spirituali della persona malata e della sua famiglia	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. ...Un più efficace e capillare utilizzo della terapia del dolore.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

8.7 Questi sono alcuni aspetti delle cure palliative: a suo parere, quanto ciascuno di essi è importante?

1.	Il controllo del dolore e dei sintomi del malato grave	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
2.	La presenza di un'equipe multiprofessionale che può seguire il malato a domicilio o in apposite strutture residenziali ("Hospice")	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
3.	Una comunicazione efficace e attenta, anche relativamente a diagnosi, terapie e prognosi, fra curante e paziente	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
4.	Il supporto psicologico al paziente e alla famiglia	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
5.	Il supporto spirituale al paziente e alla famiglia	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
6.	Il supporto pratico/sociale al paziente e alla famiglia	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo
7.	Il supporto psicologico all'equipe di cura	● Per niente	● Poco	● Abbastanza	● Molto	● Moltissimo

8.8 *A suo parere, il nostro sistema sanitario fornisce cure palliative adeguate per qualità e diffusione?*

QUALITA'		
<input type="radio"/> SÌ	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NON SO/ NON RISPONDO

DIFFUSIONE		
<input type="radio"/> SÌ	<input type="radio"/> NO	<input type="radio"/> NON SO/ NON RISPONDO

SOLO Se ha risposto "NO" ad almeno uno dei due quesiti precedenti (qualità/diffusione cure palliative), risponda alla domanda successiva (8.9), altrimenti passi al quesito 8.10

8.9 *Quali sono, secondo lei, le principali ragioni di questa non adeguatezza?*

1. Scarsa formazione del personale sanitario ai temi psicologico-relazionali	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
2. Scarsa informazione scientifica sulle terapie del dolore	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
3. Motivi etico/religiosi che limitano l'uso di determinati trattamenti palliativi (sedazione, analgesia, sospensione/interruzione di trattamenti futili/inutili...)	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
4. Timore di eventuali complicazioni legali che limitano l'uso di determinati trattamenti palliativi (sedazione, analgesia, sospensione/interruzione di trattamenti futili/inutili...)	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
5. Limitatezza delle risorse (finanziarie, professionali...) disponibili	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
6. Scarsa sensibilità culturale al tema della morte	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo
7. Altro (specificare) _____ _____	<input type="radio"/> Poco d'accordo	<input type="radio"/> Per niente d'accordo	<input type="radio"/> Abbastanza d'accordo	<input type="radio"/> Molto d'accordo	<input type="radio"/> Del tutto d'accordo

8.10 Secondo Lei, all'interno di un sistema sanitario che fornisse adeguate cure palliative, dovrebbe poter essere garantita comunque anche la prassi del suicidio assistito o dell'eutanasia volontaria?

● SÌ	● NO	● NON SO
---------	---------	-------------

- **Se ha risposto "SÌ"**, risponda al quesito 8.10.a, poi passi al quesito 8.11
- **Se ha risposto "NO"**, risponda al quesito 8.10.b
- **Se ha risposto "NON SO"**, passi al quesito 8.11

8.10.a **Se ha risposto "SÌ"**, che importanza hanno queste considerazioni nell'aver motivato la sua precedente risposta?

1. <i>La previsione del decorso della malattia (prognosi) è certa nella maggior parte dei casi.</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
2. <i>E' moralmente ed eticamente sbagliato prolungare attivamente le sofferenze di una persona che ha deciso di porre fine alla sua vita.</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
3. <i>E' possibile distinguere fra le richieste di eutanasia motivate da uno disturbo psicologico non diagnosticato (es.: depressione) e richieste di eutanasia consapevoli e non influenzate da disagi psico-sociali altrimenti risolvibili</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
4. <i>E' necessario tener conto dell'autonomia, dell'autodeterminazione e della dignità del paziente</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
5. <i>Le cure palliative possono ridurre solo parzialmente le sofferenze del malato</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
6. <i>Si possono mettere a punto strumenti per tutelare i gruppi svantaggiati (anziani, pazienti psichiatrici) da eventuali abusi</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo

Ora può passare al quesito 8.11

8.10.b Se invece ha risposto “NO” al quesito 8.10, che importanza hanno queste considerazioni nell’aver motivato la sua precedente risposta?

1. <i>La previsione del decorso della malattia (prognosi) può non essere del tutto certa</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
2. <i>E' moralmente ed eticamente sbagliato causare attivamente la morte di una persona</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
3. <i>C'è il rischio che la richiesta di eutanasia di un malato derivi da una depressione non diagnosticata, o da un disagio psico-sociale non affrontato e altrimenti risolvibile</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
4. <i>La vita umana è sacra e la sua dignità va rispettata</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
5. <i>Le cure palliative riducono al minimo le sofferenze del malato</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
6. <i>C'è il rischio di abusi nei confronti di gruppi svantaggiati (anziani, pazienti psichiatrici, etc...)</i>	● Per niente important e	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo

8.11 Sarebbe auspicabile una legge che permetta alle persone di definire, tramite delle direttive anticipate, le proprie volontà in merito ai trattamenti di fine vita:

● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
---------------------------	---------------------	---------------------------	----------------------	--------------------------

8.12 Secondo lei, a quale soggetto spetterebbe legiferare sulle materie trattate finora (trattamenti di fine vita, eutanasia, direttive anticipate etc.)?

1. Ai medici	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
2. Ai politici	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo
3. A tutti i cittadini, tramite referendum popolare.	● Per niente d'accordo	● Poco d'accordo	● Abbastanza d'accordo	● Molto d'accordo	● Del tutto d'accordo

9.1 Indichi con una crocetta quelli che, secondo Lei, sono i principali bisogni del paziente giunto alla fine della propria vita:

1. <i>Avere la famiglia intorno a sé</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
2. <i>Risolvere i conflitti</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
3. <i>Essere in pace con Dio</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
4. <i>Essere mentalmente lucido</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
5. <i>Morire a casa</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
6. <i>Non provare dolore</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
7. <i>Che siano rispettate le proprie direttive anticipate di fine vita</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
8. <i>Sistemare le pendenze finanziarie</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo
9. <i>Sentire la propria vita come significativa</i>	● Per niente importante	● Poco importante	● Abbastanza importante	● Molto importante	● Importantissimo

9.2 Fra i bisogni a cui ha attribuito, nella precedente domanda, la massima importanza, indichi in ordine di priorità i primi cinque, scrivendo la definizione o il numero di risposta corrispondente.

Ad esempio, se riterrà che il più importante sia “Non provare dolore” (risposta 6), può scrivere a fianco a “I°” il numero “6”, o riportare la frase per intero “non provare dolore”, e così via per i successivi quattro.

<i>Ordine di importanza</i>	<i>Risposta (definizione o n°)</i>
I °	
II °	
III °	
IV °	
V °	

10. Le sottoporremo adesso alcuni casi concreti di pazienti, in cui l'équipe curante ha preso certe decisioni relativamente ai trattamenti di fine vita. La preghiamo di leggerli attentamente e di rispondere alle successive domande.

10.1 Caso n. 1

A., quasi sessantenne, ha un tumore dell'ovaio diffuso al peritoneo con occlusione intestinale. Già sottoposta a vari trattamenti chemioterapici, attualmente viene nutrita per via endovenosa, via utilizzata anche per infonderle farmaci. La donna è consapevole di non avere prospettive di guarigione, ma, pur in uno stato di ansia evidente, non rifiuta la collaborazione con l'équipe; anzi, è attiva nel processo di cura. Da un colloquio congiunto tra la paziente, i figli, il medico e lo psicologo emerge la richiesta della paziente, ormai giunta in fase terminale, seppur in buon compenso clinico, di sospendere la nutrizione artificiale.

10.1.1 *A suo parere, sarebbe corretto sospendere la nutrizione artificiale a questa paziente?*

● Si	● No	● Non so/non rispondo
----------------	----------------	-------------------------------------

10.1.2 *Come definirebbe questo caso:*

1. una richiesta di eutanasia volontaria ●
2. un rifiuto di trattamento futile/inutile ●
3. un suicidio medicalmente assistito ●

10.2 Caso 2)

Un uomo di 81 anni, R., colpito da un tumore polmonare non operabile, viene ricoverato in ospedale in preda a una grave dispnea (difficoltà a respirare). Appare in fase preagonica, e i sintomi non sono controllabili farmacologicamente. I familiari chiedono una sedazione profonda, per risparmiargli la morte per soffocamento. Il medico di accettazione rifiuta la sedazione perché a suo parere non necessaria. L'evidente sofferenza del malato induce gli infermieri a praticare una terapia con analgesici, non prescritta e comunque inefficace. Lo stesso personale e i familiari fanno pressione sui medici del reparto perché sia affrontato il problema. I medici comunque rifiutano di somministrare morfina perché questa, a loro parere, causerebbe la morte del paziente. Lasciano poi ai parenti la decisione "se far morire o no" il malato. Alla risposta affermativa, viene somministrata morfina, ma sono necessarie altre quattro ore perché il malato perda conoscenza.

10.2.1 *A suo parere, sarebbe stato corretto praticare a questo paziente una sedazione palliativa profonda?*

● Si	● No	● Non so/non rispondo
----------------	----------------	-------------------------------------

10.2.2 *A suo parere, è corretto aver chiesto ai parenti di decidere se somministrare o meno la morfina?*

● Si	● No	● Non so/non rispondo
----------------	----------------	-------------------------------------

10.2.3 *Come definirebbe questo caso:*

1. un caso di iniziale rifiuto di eutanasia non-volontaria ●

2. un caso di rifiuto di sedazione palliativa ●
3. un caso di effettiva eutanasia non-volontaria ●

10.3 Caso 3

L'équipe di cure palliative è chiamata a curare una donna di 91 anni, in agonia dopo una storia di tumore intestinale e metastasi diffuse a tutto l'addome. La paziente non urina più e non ha più riflessi, è quindi in condizioni gravissime e presumibilmente non percepisce alcun dolore, tuttavia da oltre ventiquattr'ore emette un gemito insistente (lamento cerebrale). Sono presenti la figlia, la nipote e la nuora. Ad esse il medico spiega che si tratta di un quadro terminale per il quale non si richiedono provvedimenti di recupero funzionale ad eccezione della necessità di controllare, con un barbiturico, quel lamento cerebrale. Nipote e nuora sono d'accordo con la somministrazione del farmaco, ma non la figlia, che teme di accorciare la vita della madre. Il medico spiega che la fine è imminente e che questo discorso non ha fondamento, ma – persistendo il dissenso della figlia – rinuncia a ogni intervento. La paziente muore il giorno stesso, lamentandosi fino a poche ore dalla fine.

10.3.1 Secondo lei, è stato corretto il comportamento del medico?

● Si	● No	● Non so/non rispondo
----------------	----------------	-------------------------------------

10.3.2 Come definirebbe questo caso

1. un caso di omissione di trattamento idoneo a eliminare un sintomo indicativo di uno stato di sofferenza ●
2. un caso di astensione da trattamento futile/inutile ●
3. un caso di astensione da trattamento eutanasico passivo, in quanto gli effetti collaterali del farmaco avrebbero potuto accorciare la vita del paziente ●

CURE AL LIMITE, LIMITE DELLE CURE:
ATTITUDINI RISPETTO ALLE CURE DI FINE VITA
E LOGORAMENTO PROFESSIONALE DEGLI
OPERATORI

PARTE II
RISERVATA AD OPERATORI SANITARI

QUESTIONARIO RISERVATO AGLI OPERATORI SANITARI

11.1 Di seguito sono riportate 22 affermazioni che riguardano sentimenti legati al proprio lavoro. Legga con attenzione e decida se Lei ha mai provato tali sentimenti verso il Suo lavoro. Se non ne ha mai provati, metta una croce nella colonna "mai". Se, invece, ha provato tali sentimenti, indichi quanto spesso li ha provati mettendo una croce nella colonna che meglio descrive la loro frequenza.

1. <i>Mi sento emotivamente sfinito dal mio lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
2. <i>Mi sento sfinito alla fine di una giornata di lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
3. <i>Mi sento stanco quando mi alzo la mattina e devo affrontare un'altra giornata di lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
4. <i>Posso capire facilmente come la pensano i miei utenti</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
5. <i>Mi pare di trattare alcuni utenti come se fossero degli oggetti</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
6. <i>Mi pare che lavorare tutto il giorno con la gente mi pesi</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
7. <i>Affronto efficacemente i problemi dei miei utenti</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
8. <i>Mi sento esaurito dal mio lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA	● UNA VOLTA	● QUALCHE VOLTA AL	● UNA VOLTA ALLA	● QUALCHE VOLTA	● OGNI GIORNO

		ALL'ANNO	AL MESE O MENO	MESE	SETTIMANA	ALLA SETTIMANA	
9. <i>Credo di influenzare positivamente la vita di altre persone attraverso il mio lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
10. <i>Da quando ho cominciato a lavorare qui sono diventato più insensibile con la gente</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
11. <i>Ho paura che questo lavoro mi possa indurire emotivamente</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
12. <i>Mi sento pieno di energie</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
13. <i>Sono frustrato dal mio lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
14. <i>Credo di lavorare troppo duramente</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
15. <i>Non mi importa veramente di ciò che succede ad alcuni utenti</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
16. <i>Lavorare direttamente a contatto con la gente mi crea troppa tensione</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
17. <i>Riesco facilmente a rendere i miei utenti rilassati e a proprio agio</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO

			O MENO				
18. <i>Mi sento rallegrato dopo aver lavorato con i miei utenti</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
19. <i>Ho realizzato molte cose di valore nel mio lavoro</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
20. <i>Sento di non farcela più</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
21. <i>Nel mio lavoro affronto i problemi emotivi con calma</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO
22. <i>Ho l'impressione che i miei utenti diano la colpa a me per i loro problemi</i>	● MAI	● QUALCHE VOLTA ALL'ANNO	● UNA VOLTA AL MESE O MENO	● QUALCHE VOLTA AL MESE	● UNA VOLTA ALLA SETTIMANA	● QUALCHE VOLTA ALLA SETTIMANA	● OGNI GIORNO

11.2 In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più positivi della sua professione?

11.3 In riferimento alla sua attuale esperienza, quali aspetti giudica più negativi della sua professione?

Il questionario è finito. La ringraziamo per la Sua gentile collaborazione.

Appendice III –Descrizione delle variabili

Variabile indipendente	Livelli assunti	Descrizione
<i>Sesso</i>	2	1. Maschio 2. Femmina
<i>Età</i>	-- (Variabile continua)	
<i>grado di religiosità</i>	4	1. Ateo 2. poco religioso 3. abbastanza religioso 4. profondamente religioso
<i>Titolo di studio</i>	6 ³⁸	1. Laurea specialistica 2. Laurea triennale (breve) 3. Scuola media superiore 4. Diploma professionale triennale 5. Scuola dell'obbligo 6. Altro
Variabile indipendente	Livelli assunti	Descrizione
<i>Appartenenza all'universo sanitario</i>	2	1. SI 2. NO
<i>Professione</i>	4 ³⁹	1. Medico 2. Infermiere Professionale 3. Operatore Socio-Assistenziale 4. Altro
<i>Reparto</i>	2	1. cure palliative SI 2. cure palliative NO
<i>Frequenza (esposizione a pazienti con malattie inguaribili /degenerative – n. % pazienti su totale)</i>	4	1. <10% dei pazienti 2. da 10 a 40% dei pazienti 3. da 40 a 70% dei pazienti 4. > 70 dei pazienti
<i>Lavoro (Esposizione a pazienti con malattie inguaribili /degenerative - % tempo dedicato su totale)</i>	5 ⁴⁰	1. da 0 a 20% del tempo 2. da 20 a 40% del tempo 3. da 40 a 60% del tempo 4. da 60 a 80% del tempo 5. oltre 80% del tempo

³⁸ in alcune analisi si è raggruppato il campione in 3 sottogruppi: 1) laurea 2)diploma 3) scuola dell'obbligo.

³⁹ in alcuni disegni si sono presi in considerazione solo i primi 3 livelli – medico/infermiere professionale/OSA – o si sono raggruppati in due sottogruppi: 1) medici 2) altri paramedici, per ragioni di numerosità/significatività del campione

⁴⁰ in certi disegni, la variabilità è stata ridotta a 2: <vs.> 60% del tempo dedicato.

Principali variabili - Studio 1: “Rappresentazioni delle Cure Palliative”

Variabile dipendente	Descrizione singole variabili
<i>Aspetti cure palliative in grado di limitare l'esigenza di eutanasia</i>	2 item, 5 livelli di accordo: da 1, per niente d'accordo, a 5, del tutto d'accordo
<i>Opinioni su importanza dei vari aspetti delle cure palliative</i>	7 item, 5 livelli di accordo: da 1, per niente d'accordo, a 5, del tutto d'accordo
<i>Opinioni circa la qualità percepita delle Cure Palliative (CP) in Italia e la loro diffusione</i>	3 livelli: sì/no/non so
<i>Eventuali ragioni dell'inadeguatezza delle CP</i>	6 item, 5 livelli di accordo: da 1, per niente d'accordo, a 5, del tutto d'accordo

Principali variabili - Studio 2: “Opinioni rispetto alle pratiche di fine vita”

Variabile dipendente	Descrizione singole variabili
<i>Interventi eutanasi; accordo⁴¹ di principio su <u>eutanasia attiva</u></i>	5 livelli: 1. sempre illecito 2. lecito con espresso consenso informato 3. lecito con direttive anticipate 4. lecito se richiesto da familiari 5. lecito previa valutazione équipe
<i>Interventi eutanasi; accordo di principio su <u>suicidio assistito</u></i>	2 livelli: 1. sempre illecito 2. lecito con espresso consenso informato
<i>Interventi palliativi di fine vita; accordo di principio su <u>sedazione palliativa</u></i>	5 livelli: 1. sempre illecito 2. lecito con espresso consenso informato 3. lecito con direttive anticipate 4. lecito se richiesto da familiari 5. lecito previa valutazione équipe
<i>Interventi palliativi di fine vita; accordo di principio su <u>interruzione trattamenti inutili</u></i>	5 livelli, c.s.
<i>Interventi palliativi di fine vita ; accordo di principio su <u>analgesia, anche se con possibili effetti collaterali (Double Effect)</u></i>	5 livelli, c.s.
<i>Comprensione situazioni di fine vita (vignette cliniche)</i>	2 livelli: errato/corretto
<i>Accordo con scelta terapeutica effettuata</i>	3 livelli: sì/no/non so
<i>Stabilità accordo “in situazione” vs. accordo di principio</i>	2 livelli: sì/no
<i>Accordo sulla necessità di coesistenza fra</i>	3 livelli: sì/no/non so

⁴¹ La scala di misurazione utilizzata è stata una Lickert a 5 passi, da “del tutto” a “per niente” d'accordo.

*eutanasia/suicidio medicalmente assistito(PAS⁴²) e
adeguate cure palliative*
Fattori che influiscono su convinzione circa 6 *item*, 5 livelli di accordo (da 1, per niente
coesistenza o meno di eutanasia/PAS e CP importante, a 5, importantissimo)

Principali variabili - Studio 3: “Domanda del paziente, domanda dell’operatore”:

Variabile dipendente	Descrizione singole variabili
<i>Opinioni sui bisogni percepiti dal paziente morente</i>	9 <i>item</i> , 5 livelli di accordo (da 1, per niente importante, a 5, importantissimo)
<i>Grado di burnout</i>	scala MBI: 22 <i>item</i> (7 livelli x <i>item</i> , da 0: mai, a 6: ogni giorno)
<i>Fattori positivi e negativi della professione</i>	Risposta aperta

⁴² PAS: *Physician Assisted Suicide*

Indice delle figure

Figura 1- Il nastro di Möbius	16
Figura 2 – Strutture di appartenenza del campione sanitario.....	88
Figura 3 - tempo e terminalità.....	91
Figura 4 - lavoro con pazienti terminali	91
Figura 5 -Religione.....	92
Figura 6 - grado di religiosità (test vs. controllo)	93
Figura 7 - grado di religiosità (palliativisti vs. non-palliativisti)	93
Figura 8 - distribuzione età.....	95
Figura 9 - distribuzione scolarità.....	96
Figura 10 - Laureati vs. non laureati - Confronto % fra i due campioni	97
Figura 11 - Valutazione adeguatezza qualità CP in Italia - Cfr tra gruppi	111
Figura 12 - valutazione diffusione CP in Italia - cfr tra gruppi	111
Figura 13 - Valutazione adeguatezza qualità CP - Palliativisti vs. non palliativisti	112
Figura 14 - Valutazione adeguatezza diffusione CP - Palliativisti vs. non palliativisti	113
Figura 15 - Motivazioni inadeguatezza CP - Campione totale e confronto tra gruppi	114
Figura 16 - Motivi di inadeguatezza CP - Confronto Palliativisti vs. non palliativisti	115
Figura 17 – Fattori di inadeguatezza CP - gruppo sanitari	116
Figura 18 - Fattori di inadeguatezza CP - gruppo di controllo	118
Figura 19 - Distribuzione frequenze accordo di principio EOL	128
Figura 20 - frequenze accordi opzioni eutanasiche - campione globale	129
Figura 21 - Frequenze accordi opzioni palliative - campione globale	129
Figura 22 - Sintesi medie di accordo su trattamenti fine vita – cfr tra gruppi e tra sottogruppi sanitari	130
Figura 23 – accordo su liceità - Eutanasia attiva	131
Figura 24 - accordo su liceità Eutanasia attiva fra diverse categorie di sanitari.....	132
Figura 25 - accordo su liceità Suicidio Assistito.....	134
Figura 26 - accordo su liceità suicidio assistito fra diverse categorie di sanitari.....	135
Figura 27 - accordo su liceità sedazione palliativa	136
Figura 28 - accordo su liceità Sedazione Palliativa fra diverse categorie di sanitari ...	137
Figura 29 - accordo su liceità Interruzione trattamenti	138
Figura 30 - accordo su liceità - Interruzione trattamenti; cfr fra diverse categorie di sanitari.....	140
Figura 31 - accordo su liceità Analgesia con “doppio effetto”	141
Figura 32 - accordo su liceità Analgesia con "doppio effetto" fra diverse categorie di sanitari.....	142
Figura 33 - istanza legislativa per direttive anticipate – cfr tra sanitari e non.....	144
Figura 34- Istanza legislativa - cfr tra professionalità sanitarie.....	145
Figura 35 – Distribuzione risposte – Caso clinico 1	162
Figura 36 - Distribuzione risposte – Caso clinico 2.....	162
Figura 37 - Distribuzione risposte – Caso clinico 3.....	163
Figura 38 - distribuzione definizioni - totale e per gruppo - caso clinico 1	165
Figura 39 - distribuzione % errori - confronto tra gruppi – caso clinico 1.....	166
Figura 40 - distribuz. accordo a sospensione trattamento	168
Figura 41 - distribuzione definizioni – totale e per gruppo - caso clinico 2.....	174
Figura 42 – Distribuzione % errori – Confronto tra gruppi – caso clinico 2.....	174
Figura 43 - Distribuzione accordo a sedazione palliativa - caso 2 - cfr. tra gruppi	176
Figura 44 - Accordo x religiosità x gruppo	178
Figura 45 distribuzione definizioni – totale e per gruppo - caso clinico 3	180

Figura 46 Distribuzione % errori – Confronto tra gruppi – caso clinico 3.....	181
Figura 47 – Distribuzione accordo a rinuncia ad analgesia – caso 3 - cfr tra gruppi...	183
Figura 48 - consenso eutanasia con adeguate CP (totale)	191
Figura 49 - consenso eutanasia con adeguate CP - confronto tra gruppi	191
Figura 50 - stabilità opinioni su eutanasia – gruppo dei sanitari	192
Figura 51 - Stabilità dell'accordo all'eutanasia - sanitari.....	194
Figura 52- Stabilità opinioni su eutanasia - gruppo di controllo	196
Figura 53 - fattori di riduzione delle richieste eutanasiche – cfr tra gruppi	200
Figura 54 - Fattori di riduzione richieste eutanasiche - cfr tra sottogruppi sanitari.....	201
Figura 55 - Bisogni del morente - confronto tra gruppi	211
Figura 56 - Bisogni - fattori latenti - gruppo sanitari	214
Figura 57 - Bisogni - fattori latenti – palliativisti	216
Figura 58 - Bisogni - fattori latenti - non palliativisti	217
Figura 59 - Bisogni - fattori latenti - gruppo di controllo.....	219
Figura 60 - Confronto % - livello <i>Burnout</i> EE x gruppi.....	230
Figura 61 - Confronto % - livello <i>Burnout</i> DP x gruppi	231
Figura 62 – Confronto % - livello <i>burnout</i> PA x gruppi	232
Figura 63- distribuzione % <i>burnout</i> x ruoli professionali	233
Figura 64 - Distribuzione % <i>burnout</i> x sesso	234
Figura 65 - <i>Burnout</i> x esperienza professionale	235
Figura 66 - <i>Burnout</i> x età media	235
Figura 67 - <i>Burnout</i> x religiosità.....	236
Figura 68 - aspetti negativi professione sanitaria.....	239
Figura 69 - aspetti positivi professione sanitaria	240

Indice delle tabelle

Tabella 1: Qualifiche Professionali	89
Tabella 2: Esperienza	90
Tabella 3 - distribuzione per genere	94
Tabella 4- Descrittive distribuzione per età - campione globale	95
Tabella 5 - Test di normalità della distribuzione	95
Tabella 6 - Descrittive età - cfr test/controllo	96
Tabella 7 - ACP fattori inadeguatezza - Sanitari	116
Tabella 8 - Matrice di struttura - Motivazioni inadeguatezza - gruppo sanitari	117
Tabella 9 - ACP fattori inadeguatezza - gruppo di controllo.....	118
Tabella 10- Matrice di struttura - motivazioni inadeguatezza - gruppo di controllo ...	119
Tabella 11 - punteggi medi di accordo su opzioni EOL.....	127
Tabella 12 – direttive anticipate.....	143
Tabella 13 - GLM - fattori di incidenza su opinioni EOL - sanitari	154
Tabella 14 - GLM - fattori di incidenza su opinioni EOL - non sanitari	156
Tabella 15 - Tavola di contingenza Caso 1 - correttezza definizione * gruppi	164
Tabella 16 – R ² Nagelkerke - caso 1	166
Tabella 17 - Variabili nell'equazione - Caso 1.....	167
Tabella 18 - Ranghi - Test Mann Whitney	167
Tabella 19 - U di Mann-Whitney - scolarità * competenza semantica caso 1	167
Tabella 20 - Tavola di contingenza accordi caso 1 * gruppi	169
Tabella 21 - Frequenze stabilità/instabilità opinione - caso 1	170
Tabella 22 - Test post hoc - HSD di Tukey - Religiosità e accordo - Caso 1.....	171
Tabella 23 - Tavola di contingenza: Incoerenza su Caso 1 * correttezza definizione Caso 1	172
Tabella 24 - Tavola di contingenza: incoerenza Caso 1 * gruppo	172
Tabella 25- R ² Nagelkerke - caso 2	175
Tabella 26 - variabili nell'equazione - caso 2	175
Tabella 27 – Tavola di contingenza accordi caso 2 * gruppo.....	177
Tabella 28 – Frequenze stabilità/instabilità opinione - Caso 2.....	177
Tabella 29 - tavola di contingenza incoerenza * competenza definitoria - Caso 2.....	179
Tabella 30 - Tavola di contingenza - Incoerenza Caso 2* gruppo.....	179
Tabella 31 - R ² di Nagelkerke - Caso 3	182
Tabella 32 – Variabili nell'equazione - Caso 3	182
Tabella 33 – Tavola contingenza accordo caso 3 * gruppo.....	184
Tabella 34 – Frequenze stabilità/instabilità opinione - Caso 3.....	184
Tabella 35 - Consenso o dissenso a coesistenza eutanasia<>CP: perchè?.....	197
Tabella 36 - motivazioni accordo /disaccordo - cfr tra gruppi	197
Tabella 37- motivazioni accordo/disaccordo - cfr tra professioni sanitarie	197
Tabella 38 - motivazioni accordo/disaccordo - cfr tra sottogruppi sanitari.....	198
Tabella 39 - test post-hoc fattori limitaz.richieste eutanasiche – cfr tra gruppi.....	202
Tabella 40 - confronto con precedenti ricerche	203
Tabella 41- Bisogni prioritari del paziente - cfr tra gruppi.....	210
Tabella 42 - ANOVA bisogni paziente x raggruppamento a tre	212
Tabella 43 - Post-Hoc bisogni - raggruppamento a tre	212
Tabella 44 - ACP - Gruppo dei sanitari.....	214
Tabella 45 - ACP – Bisogni x Sottogruppo dei palliativisti	215
Tabella 46 - ACP - Sottogruppo dei non-palliativisti.....	217
Tabella 47 - ACP - Gruppo di controllo.....	219
Tabella 48 - Categorizzazione Subscale MBI.....	226

Tabella 49 - Medie e deviazioni standard delle sottoscale - popolazione sanitaria	226
Tabella 50 - Medie <i>burnout</i> x gruppo	228
Tabella 51- Confronto tra medie con dati normativi x subscale	228
Tabella 52- fattori di protezione e vulnerabilità al <i>burnout</i>	238