

ni (che concerne il diritto alla vita)⁽²⁾. Perciò il documento EAPC giunge senz'altro a tempo debito.

Poco si sa sul possibile impatto della legalizzazione dell'eutanasia sui pazienti che ricevono cure palliative e studi su questo argomento, centrati sul malato, non sono ancora stati effettuati nemmeno in Olanda. E' quindi di estrema importanza che l'EAPC contribuisca al dibattito pubblico, come pure alla ricerca, sui vari aspetti clinici dell'eutanasia. Tale ricerca può essere di rilievo clinico nella formazione e nel *training* di operatori sanitari che potrebbero doversi confrontare con richieste di eutanasia. E' nostro fermo convincimento che

la traduzione che presentiamo promuoverà il dibattito e la ricerca in Italia.

Un ringraziamento speciale va ad Augusto Caraceni – che siede nel consiglio direttivo sia dell'EAPC sia della SICP – per aver iniziato e seguito il processo di traduzione e ai suoi colleghi che hanno contribuito a questo lavoro (vedi nota alla traduzione). Un grosso grazie inoltre a Marco Marzano del Dipartimento di scienze dei linguaggi, della comunicazione e degli studi culturali all'Università degli studi di Bergamo, che ha fatto da revisore (vedi nota alla traduzione).

Al momento esiste anche una versione francese del documento⁽³⁾ ed è

in corso la traduzione in lingua tedesca. Speriamo che altre seguano.

Bibliografia

1. Council of Europe: replies to the questionnaire for member States relating to euthanasia. http://www.coe.int/T/E/Legal_Affairs/Legal_cooperation/Bioethics/Activities/Euthanasia/
2. Council of Europe, Parliamentary Assembly: report on euthanasia. <http://assembly.coe.int/Documents/WorkingDocs/doc03/EDOC9898.htm>
3. Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al. Euthanasie et suicide médicalement assisté: point de vue du groupe de réflexion éthique de l'EAPC. *Journal Européen de Soins Palliatifs* 2003; 10:63-66. <http://www.eapcnet.org/download/forMembersonly/pdfpapers/EJPC102TaskForceF.pdf>

Eutanasia e suicidio assistito dal medico: il punto di vista di una Task Force sull'etica dell'EAPC*

Lars Johan Materstvedt, David Clark, John Ellershaw, Reidun Førde, Anne-Marie Boeck Gravgaard, Hans-Christof Müller-Busch, Josep Porta i Sales and Charles-Henri Rapin

Premessa

Nel 1991 un dibattito sull'eutanasia al Parlamento europeo stimolò in Europa la discussione a tutti i livelli. Successivamente, il consiglio direttivo dell'Associazione europea per le cure palliative (EAPC) organizzò un gruppo di lavoro con due esperti per farsi aiutare a chiarire la posizione che l'EAPC avrebbe dovuto adottare sull'eutanasia. Gli esperti collaborarono con il Consiglio direttivo alla stesura di un documento e nel 1994 l'EAPC rilasciò una prima presa di

posizione, Riguardo l'eutanasia (Regarding Euthanasia), pubblicata sulla rivista ufficiale dell'EAPC – lo *European Journal of Palliative Care*⁽¹⁾. Nel febbraio del 2001, il Consiglio direttivo dell'EAPC invitò un gruppo di esperti a costituire una Task Force sull'etica per rivedere l'argomento e, di conseguenza, fornire un'opinione fondata all'organizzazione.

Negli anni seguenti vi sono state rilevanti novità e sono stati conseguiti importanti risultati nel campo delle cure palliative, così come è cresciuta

la discussione, in parte controversa, su eutanasia e suicidio assistito dal medico. In alcuni paesi sono anche state promulgate nuove leggi.

E' importante che l'EAPC partecipi ai dibattiti pubblici su questi temi, soprattutto ora che le politiche e le leggi europee stanno diventando sempre più parte della vita moderna. Questo richiede una discussione attenta e continua. Non si tratta di un compito facile poiché eutanasia e suicidio assistito dal medico sono oggi due delle questioni etiche più impe-

* Versione originale: Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J, Førde R, Gravgaard A-M, Müller-Busch HC, Porta i Sales J, Rapin C-H. Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task force. *Palliat Med* 2003;17:97-101; riprodotta anche in: *Eur J Palliat Care* 2003;10:63-66. Il Consiglio direttivo dell'EAPC, riunitosi a Milano dal 13 al 15 giugno 2003, ha adottato il seguente documento come posizione ufficiale dell'EAPC. Il documento viene qui riprodotto nella traduzione italiana su autorizzazione di *Palliative Medicine, European Journal of Palliative Care* e dell'EAPC. Versione italiana a cura di: Augusto Caraceni, Tiziana Campa, Elena Fagnoni, Giovanna Gorni, Andrea Magni, Marco Maltoni, Cinzia Martini, Alessia Rognoni, Ernesto Zecca, per la Società italiana di cure palliative. Backtranslation: Mary Trotter. Referee: Marco Marzano, Università degli studi di Bergamo, Dipartimento di scienze dei linguaggi, della comunicazione e degli studi culturali (<http://www.unibg.it>).

La versione originale e le risposte alle critiche dei lettori possono essere liberamente scaricate da:

[http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317\(2\)Materstvedt.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(2)Materstvedt.pdf)

[http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317\(5\)Materstvedt.pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/PM200317(5)Materstvedt.pdf)

Indirizzo per corrispondenza sulla versione italiana: augusto.caraceni@istitutotumori.mi.it

gnative in campo sanitario. Questo articolo nasce dal dibattito attuale e presenta una tesi dalla prospettiva delle cure palliative.

Si può osservare che la maggior parte dei pazienti che ricevono cure palliative sono malati di cancro. In Europa, purtroppo, solo una piccola minoranza di malati terminali di cancro ha accesso a servizi specializzati di cure palliative. Nel contempo, va sottolineato che circa l'86% dei pazienti che muoiono per eutanasia o per suicidio assistito dal medico in Olanda è malato di cancro⁽²⁾.

Trend storico e situazione attuale

Nel mondo si sono verificati alcuni importanti cambiamenti che riguardano l'eutanasia e il suicidio assistito dal medico. Nel 1996, per la prima volta nella storia, un governo democratico promulgava una legge che rendeva legali, a determinate condizioni, sia l'eutanasia sia il suicidio assistito dal medico: Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996, del Northern Territory in Australia⁽³⁾. La legge fu comunque resa inefficace da un emendamento del Parlamento australiano⁽⁴⁾ inserito nel 1997 nel Northern Territory (Self-Government) Act 1978 of the Commonwealth. Nello stesso anno il suicidio assistito dal medico, ma non l'eutanasia, venne legalizzato nell'Oregon Death with Dignity Act⁽⁵⁾. Nell'aprile del 2001, la seconda Camera del Parlamento olandese introdusse le necessarie modifiche al codice penale per rendere legali, in alcune circostanze, sia l'eutanasia sia il suicidio assistito dal medico⁽⁶⁻⁸⁾; questa legge entrò in vigore nell'aprile del 2002^(7,9). Poco dopo il Belgio fece lo stesso: il 16 maggio 2002, la Camera dei deputati del Parlamento federale votò in favore della legalizzazione dell'eutanasia⁽¹⁰⁾.

Comunque, guardando all'Europa in-

tera, negli ultimi 10 anni abbiamo assistito a pochi tentativi concertati di promuovere la legalizzazione dell'eutanasia attraverso la via parlamentare. Per contro, in molti paesi europei, un'ampia gamma di associazioni professionali di medici, di infermieri e di altre categorie nonché di organizzazioni dedite alle cure palliative si è opposta alla legalizzazione dell'eutanasia.

Concetti e definizioni

Questo lavoro presenta, nell'ordine, le definizioni di «cure palliative», «eutanasia» e «suicidio assistito dal medico». La prima definizione è nata in seno all'EAPC e successivamente è stata fatta propria e sviluppata dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS); essa riassume alcune delle norme e dei valori delle cure palliative. La seconda e la terza definizione non dicono nulla riguardo alle regole e ai valori che sono associati a ciò che viene definito. Quando viene utilizzata l'espressione «uccisione su richiesta» in relazione all'eutanasia si tratta di una descrizione tecnica dell'atto, basata sulla procedura che viene utilizzata: generalmente un'iniezione di barbiturico per indurre il coma, seguita dall'iniezione di un miorelaxante, per provocare l'arresto respiratorio che causa la morte del paziente. Se l'eutanasia possa o meno essere giustificata come un'uccisione su richiesta è un'altra questione che verrà affrontata più avanti. Esiste quindi una netta distinzione tra ciò che «è» e ciò che «dovrebbe» essere⁽¹¹⁾.

Cure palliative

In tutta Europa le cure palliative sono una parte riconosciuta e in espansione dell'assistenza sanitaria. Allo stesso tempo, si continua a discutere su ciò che va incluso nelle cure palliative, e su dove esse abbiano inizio e fine (stadio e tipo di malattia, prognosi, setting di cura)^(12,13). Esistono

differenze regionali, nazionali e culturali nell'approccio alle cure palliative e nella loro organizzazione. Questi diversi punti di vista si riflettono nella pratica professionale⁽¹⁴⁾.

Nondimeno, una particolare definizione di cure palliative ha avuto un effetto unificante sui movimenti e sulle organizzazioni dedite alle cure palliative di molti paesi europei. Nella primavera del 1989, l'EAPC pubblicò, nella sua prima newsletter, una definizione di cure palliative⁽¹⁵⁾, che venne adottata dall'OMS nel suo documento *Cancer Pain Relief and Palliative Care*⁽¹⁶⁾. Più recentemente l'OMS ha elaborato una nuova definizione nella quale si sostiene che⁽¹⁷⁾:

«Le cure palliative sono 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. Le cure palliative:

- danno sollievo al dolore e agli altri sintomi che provocano sofferenza;
- sostengono la vita e guardano al morire come a un processo naturale;
- non intendono né affrettare né posticipare la morte;
- integrano aspetti psicologici e spirituali nell'assistenza al paziente;
- offrono un sistema di supporto per aiutare il paziente a vivere quanto più attivamente possibile fino alla morte;
- offrono un sistema di supporto per aiutare la famiglia a far fronte alla malattia del paziente e al lutto;
- utilizzano un approccio di équipe per rispondere ai bisogni del paziente e della famiglia, incluso, se indicato, il *counselling* per il lutto;
- migliorano la qualità della vita e possono anche influenzare positivamente il decorso della malattia;
- sono applicabili precocemente nel

Task Force

La Task Force che ha prodotto questo documento era composta dei seguenti membri (in ordine alfabetico dopo il presidente)

Lars Johan Materstvedt, PhD (philosophy) – chair & secretary
postdoctoral research fellow, The Norwegian Cancer Society, Oslo; associate professor,
Department of Philosophy, Faculty of Arts, Norwegian University of Science and Technology
(NTNU), Trondheim, Norway

David Clark, PhD (sociology)
professor of medical sociology, Division of Clinical Sciences (South), Section of Surgical
and Anaesthetic Sciences, Academic Unit of Palliative Medicine, University of Sheffield
and Associate Director, Trent Palliative Care Centre, Sheffield, UK

John Ellershaw, MA FRCP
medical director, Marie Curie Centre Liverpool; consultant in palliative medicine/honorary
senior lecturer, Royal Liverpool University Hospitals, Liverpool, UK

Reidun Førde, MD PhD
professor of medical ethics, University of Oslo; head of The Council of Ethics, The Norwegian
Medical Association, Oslo, Norway

Anne-Marie Boeck Gravgaard, MD
specialist in internal medicine and family medicine; vice president, SFPM, Swedish
Association of Palliative Medicine, Helsingborgs Hospice, Helsingborg, Sweden

Hans Christof Müller-Busch, MD PhD
Priv. Doz. Ltd. Arzt Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe, Abtlg. für Anästhesiologie,
Palliativmedizin und Schmerztherapie, Berlin, Germany

Josep Porta i Sales, MD PhD, BA (bioethics)
consultant in internal medicine, consultant in the Palliative Care Service, Institut Català
d'Oncologia, L'Hospitalet L., Barcelona, Spain

Charles-Henri Rapin, MD PhD
professor of geriatrics, médecin-chef de service, Policlinique de Gériatrie, Geneva,
Switzerland

corso della malattia insieme con altre terapie che hanno lo scopo di prolungare la vita, come la chemioterapia e la radioterapia, e comprendono le indagini necessarie per una miglior comprensione e un miglior trattamento delle complicazioni cliniche che causano sofferenza».

Uccisione medicalizzata, astensione da/sospensione di trattamenti futili e «sedazione terminale»

Sono state formulate molte definizioni di eutanasia e suicidio assistito dal medico. Nessuna delle seguenti azioni dovrebbe essere considerata eutanasia secondo le definizioni adottate da questo documento:

- astensione da trattamenti futili;
- sospensione di trattamenti futili;
- sedazione terminale (l'uso di farmaci sedativi per dare sollievo a so-

fferenze insopportabili negli ultimi giorni di vita).

L'uccisione medicalizzata di una persona senza il suo consenso, sia «non volontaria» (quando la persona non può acconsentire) sia «involontaria» (contro la volontà della persona), non è eutanasia: è omicidio. Perciò l'eutanasia può essere solo volontaria^(18,19).

Di conseguenza, l'espressione, usata di frequente, di eutanasia volontaria dovrebbe essere abbandonata, poiché implicitamente ed erroneamente, suggerisce che esistano forme di eutanasia che non sono volontarie. Sia nella letteratura sia nel dibattito pubblico si distingue talvolta tra la cosiddetta eutanasia attiva e quella passiva. E' nostra opinione che questa distinzione sia inappropriata. Secondo la nostra interpretazione, come pure secondo quella olandese^(20,21), l'eutanasia è attiva per definizione,

perciò l'eutanasia passiva costituisce una contraddizione in termini – in altre parole, non può esistere.

Si raccomanda l'adozione delle seguenti definizioni:

- L'eutanasia è l'uccisione su richiesta e si definisce come:

L'azione di uccidere intenzionalmente una persona, effettuata da un medico, per mezzo della somministrazione di farmaci, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa.

- Il suicidio assistito dal medico si definisce come:

L'azione di aiutare intenzionalmente, da parte di un medico, una persona a suicidarsi, rendendo disponibili i farmaci per l'autosomministrazione, assecondando la richiesta volontaria e consapevole della persona stessa.

Punti chiave

E' dovere dell'EAPC enfatizzare e promuovere l'importanza dell'assistenza ai pazienti con malattie mortali in accordo con la definizione di cure palliative dell'OMS⁽¹⁷⁾ (2002).

Le cure palliative hanno lo scopo di prevenire o ridurre la sofferenza e la disperazione al termine della vita. Il rispetto dell'autonomia è un obiettivo importante delle cure palliative, che cercano di rinforzare e ricostruire l'autonomia e non di distruggerla. L'accesso a cure palliative di alta qualità deve essere promosso dalle politiche nazionali e internazionali che mettano a disposizione, in tutta Europa, risorse per una forza lavoro competente e multidisciplinare dedicata alle cure palliative.

La Task Force per l'etica assume le seguenti posizioni:

- 1) Si riconosce che in Europa stanno emergendo diversi approcci all'eutanasia e al suicidio assistito dal medico e, a questo riguardo, si deve incoraggiare un vivace dibattito.
- 2) Studi sugli atteggiamenti di operatori, pazienti e del più vasto pub-

blico nei confronti dell'eutanasia e del suicidio assistito dal medico, come pure studi sulle loro esperienze dirette di questi fatti, possono fornire le basi per un più ampio dibattito. La maggior parte di questi studi tuttavia soffrono di rilevanti debolezze metodologiche che fanno sorgere dubbi sulle loro basi empiriche. Si deve raccomandare un approccio più coordinato a questi studi.

3) Le richieste individuali di eutanasia e suicidio assistito dal medico sono intrinsecamente complesse e includono fattori personali, psicologici, sociali, culturali, economici e demografici. Tali richieste richiedono rispetto, attenzione puntuale, insieme a una comunicazione aperta e sensibile nell'ambito clinico.

4) Le richieste di eutanasia e suicidio assistito dal medico sono spesso modificate da quanto offre il complesso delle cure palliative. Quindi, i soggetti che richiedono l'eutanasia o il suicidio assistito dal medico dovrebbero avere accesso a cure palliative specializzate.

5) Rendere disponibili eutanasia e suicidio assistito dal medico non dovrebbe rientrare tra le responsabilità delle cure palliative.

6) La sedazione «terminale» o «palliativa» in pazienti vicini alla morte deve essere distinta dall'eutanasia. Nella sedazione terminale l'intenzione è di dare sollievo a sofferenze insopportabili, la procedura prevede l'uso di un farmaco sedativo per il controllo dei sintomi e il risultato è il sollievo della sofferenza. Nell'eutanasia l'intenzione è uccidere il paziente, la procedura prevede la somministrazione di un farmaco letale e il risultato è la morte immediata. Nelle cure palliative una sedazione lieve può essere usata come terapia ma in questo caso non influenza negativamente il livello di coscienza o la capacità di comunicare del paziente. L'uso di una sedazione profonda (che

comporta l'incoscienza del paziente) può rendersi talvolta necessario per raggiungere scopi terapeutici precisi; comunque il livello della sedazione deve essere controllato regolarmente e, in genere, questa misura deve essere usata solo su base temporanea. E' importante che il paziente sia monitorato regolarmente e che nutrizione e idratazione artificiali siano iniziate quando clinicamente indicate.

7) Se l'eutanasia fosse legalizzata in qualsiasi tipo di società si potrebbero verificare: (i) pressioni sulle persone vulnerabili; (ii) scarso sviluppo o svalutazione delle cure palliative; (iii) conflitti tra i requisiti legali e i valori personali e professionali di medici e altri professionisti della sanità; (iv) ampliamento dei criteri clinici per includere altri gruppi presenti nella società; (v) aumento dell'incidenza di uccisioni medicalizzate di tipo «involontario» e «non volontario»; (vi) che l'omicidio diventi una pratica sociale accettata.

8) All'interno del moderno sistema della medicina i pazienti possono temere che la loro vita venga prolungata inutilmente o possa terminare tra sofferenze insopportabili. In conseguenza di ciò eutanasia o suicidio assistito dal medico si possono presentare come opzioni. Un'alternativa è dare spazio all'uso di testamenti biologici e direttive anticipate, contribuendo a una migliore comunicazione e a una pianificazione anticipata delle cure, dando quindi più spazio all'autonomia del paziente.

9) La Task Force sull'etica incoraggia l'EAPC e i suoi membri ad aprire un dialogo franco e diretto con coloro che, all'interno della medicina e della sanità, promuovono l'eutanasia e il suicidio assistito dal medico. La comprensione e il rispetto per punti di vista alternativi non coincide con l'accettazione sul piano etico dell'eutanasia o del suicidio assistito dal medico.

10) L'EAPC dovrebbe rispettare le scelte individuali a favore di eutanasia o suicidio assistito dal medico ma è importante riportare l'attenzione sulla responsabilità, che tutte le società hanno, di fornire assistenza per i propri cittadini anziani, per coloro che stanno morendo e per quelli che sono vulnerabili. Una componente prioritaria per il raggiungimento di questo scopo è l'inserimento delle cure palliative all'interno del tronco principale dei sistemi sanitari di tutti i paesi europei, con il contributo di adeguate risorse finanziarie, formative e per la ricerca. Raggiungere questo fine costituisce una delle più potenti alternative alle richieste di legalizzazione di eutanasia e del suicidio assistito dal medico.

La Task Force sull'etica dell'EAPC e il suo lavoro

La Task Force sull'etica si è riunita in tre diverse occasioni: a Palermo in occasione del VII congresso della EAPC nell'aprile 2001⁽²²⁾; presso l'Unità di ricerca clinica applicata della Facoltà di medicina della Università di scienze e tecnologia norvegese (NTNU) di Trondheim, in Norvegia, nel settembre 2001⁽²³⁾ e presso l'Istituto universitario Kurt Bösch di Sion, in Svizzera, nel marzo 2002⁽²⁴⁾.

Il metodo di lavoro adottato dalla Task Force è stato il seguente: è stata effettuata un'ampia rassegna della letteratura che è stata poi distribuita ai membri della Task Force dal segretario. I membri della Task Force hanno formulato contributi scritti e il documento finale è stato prodotto e concordato in occasione dei tre incontri. Il documento è stato presentato al consiglio direttivo dell'EAPC nell'aprile del 2002. Dopo quella data, sono state apportate alcune ulteriori modifiche prima della pubblicazione. Il documento rappresenta il punto di vista della Task Force sull'etica e non quello dell'EAPC*.

Ringraziamenti

Nel corso dei propri lavori la Task Force ha ricevuto due manoscritti da Nathan Cherny, MBS, FRACP (Israele), e uno da Henk ten Have, MD PhD (Olanda), che sono stati di grande aiuto. Vogliamo ringraziare entrambi i ricercatori per il loro importante contributo. Vogliamo anche ringraziare i nostri ospiti in Trondheim e Sion per aver provveduto a un eccellente ambiente di lavoro.

* Il documento è stato successivamente adottato dal consiglio direttivo della EAPC come posizione ufficiale dell'organizzazione; si veda la nota in calce alla prima pagina per maggiori dettagli.

Bibliografia

1. Roy DJ, Rapin C-H, the EAPC Board of Directors. Regarding euthanasia. *Eur J Palliat Care* 1994;1:57-59. [http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/Euthanasiastatement94\(E\).pdf](http://www.eapcnet.org/download/forEuthanasia/Euthanasiastatement94(E).pdf)
2. Haverkate I, Onwuteaka-Philipsen BD, van der Heide A, Kostense PJ, van der Wal G, van der Maas PJ. Refused and granted requests for euthanasia and assisted suicide in the Netherlands: interview study with structured questionnaire. *Brit Med J* 2000;321:865-66. <http://bmj.com/cgi/content/full/321/7265/865>
3. Rights of the Terminally Ill Amendment Act 1996. <http://www.nt.gov.au/lant/parliament/committees/rotti/rottiamentmentact96.pdf>
4. Parliament of Australia. <http://www.aph.gov.au/>
5. The Oregon Death with Dignity Act. Ballot measure no 16. Oregon Revised Statute §127.800-127.897. <http://www.ohd.hr.state.or.us/chs/pas/ors.cfm>
6. The Netherlands Department of Justice. Press Releases. http://www.minjust.nl:8080/c_actual/persber/index.htm
7. The Netherlands Ministry of Foreign Affairs. Euthanasia Policy. http://www.minbuza.nl/default.asp?CMS_ITEM=MBZ416729&CMS_NOCOOKIES=YES
8. Kimsma G, van Leeuwen E. The new Dutch law on legalizing physician-assisted death. *Cambridge Q Health Care Ethics* 2001;10:445-50.
9. International Task force on Euthanasia and Assisted Suicide: Holland's euthanasia law. <http://www.internationaltaskforce.org/hollaw.htm>
10. Belgium legalizes euthanasia. *BBC News*, 16 May 2002. <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/1991995.stm>
11. Hume D. A treatise of human nature. Selby-Bigge LA (ed). Oxford, Oxford University Press, 1958.
12. ten Have H, Janssens R (eds). Palliative care in Europe: concepts and policies. Amsterdam, IOS Press, 2001.
13. ten Have H, Clark D (eds). The ethics of palliative care: European perspectives. Facing death series. Buckingham, Open University Press, 2002.
14. Clark D, ten Have H, Janssens R. Common threads? Palliative care service developments in seven European countries. *Palliat Med* 2000;14:479-90.
15. The EAPC definition of palliative care. <http://www.eapcnet.org/about/definition.html>
16. World Health Organization. Cancer pain relief and palliative care. Technical Report Series 804. Geneva, 1990. <http://www.who.int/cancer/palliative/pubpalliative/en/>
17. Sepúlveda C, Marlin A, Yoshida T, Ullrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. *J Pain Sympt Manage* 2002;24:91-96. <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
18. Materstvedt LJ, Kaasa S. Euthanasia and physician assisted suicide in Scandinavia – with a conceptual suggestion regarding international research in relation to the phenomena. *Palliat Med* 2002;16:17-32.
19. Griffiths J, Bood A, Weyers H. Euthanasia and law in the Netherlands. Amsterdam, Amsterdam University Press, 1998.
20. Kimsma GK. Euthanasia and euthanizing drugs in the Netherlands. In: Battin MP, Lipman AG (eds). Drug use in assisted suicide and euthanasia. New York, The Haworth Press, 1996:193-210.
21. Kimsma GK, van Leeuwen E. Comparing two euthanasia protocols: the Free University of Amsterdam Academic Hospital and the Medical Center of Alkmaar. In: Thomasma DC, Kimbrough-Kushner T, Kimsma GK, Ciesielski-Carlucci C (eds). Asking to die: inside the Dutch debate about euthanasia. Dordrecht, Kluwer, 1998:115-33.
22. Seventh EAPC Congress. <http://www.kenes.com/eapc/>
23. Norwegian University of Science and Technology (NTNU). <http://www.ntnu.no/indexe.php>
24. Institut Universitaire Kurt Bösch. <http://www.iukb.ch/>

Decisioni di fine vita in sei paesi europei: studio descrittivo

Eugenio Paci*, Guido Miccinesi*, Riccardo Cecioni* e il Gruppo di ricerca Eureld°

* Centro per lo studio e la prevenzione oncologica, Firenze

° Susini N, Pasqualetti E (CSPO, Firenze); Simonato L, Canova C, Tessari R (Università di Padova); Finarelli AC (Dipartimento

Estratto tradotto e ristampato previa autorizzazione di Elsevier da: *Lancet* 2003;362:345-50

I dati osservazionali sulle decisioni di fine vita nella pratica medica sono scarsi. Lo studio Eureld si pone l'o-

biiettivo di studiare la frequenza e le caratteristiche delle decisioni di fine vita in sei paesi europei: Belgio, Da-

nimarca, Italia, Paesi Bassi, Svezia e Svizzera. In Italia hanno partecipato allo studio la Toscana (province di