

AUDIZIONE
Sulla Proposta di Legge Regionale
ASSISTENZA SANITARIA PER LA MORTE SERENA E INDOLORE DI PAZIENTI TERMINALI
18 luglio 2022
Commissione III Consiglio Regionale della Puglia

Michele Montinari

La Corte Costituzionale con la sentenza 242 del 2019¹ individua una condizione di possibile non punibilità di *“chi agevola l’esecuzione del proposito di suicidio, autonomamente e liberamente formatosi, di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale e affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche che ella reputa intollerabili, ma pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli, sempre che tali condizioni e le modalità di esecuzione siano state verificate da una struttura pubblica del servizio sanitario nazionale, previo parere del comitato etico territorialmente competente”*, rendendo di fatto legittimo l’aiuto al suicidio, purché garantito dalle suddette condizioni.

La Corte Costituzionale non legalizza tuttavia l’eutanasia², per la quale rimane la definizione riconosciuta del Codice di Deontologia Medica di *“azione od omissione che di natura provoca la morte del malato”* e distingue tra eutanasia attiva² (determinare o accelerare la morte mediante un diretto intervento del medico utilizzando farmaci letali) ed eutanasia omissiva² (morte dell’individuo determinata dalla sospensione della terapia o dalla astensione del medico dal compiere interventi che potrebbero prolungare la vita), mentre per aiuto al suicidio² si intende un *“atto mediante il quale l’individuo si procura la morte, grazie all’assistenza del medico che prescrive i farmaci necessari e lo istruisce circa le modalità di assunzione”*.

La Consulta, però, afferma anche che la garanzia per il cittadino di un percorso di cure palliative e gestione del dolore cronico rappresenta un prerequisito inderogabile, una priorità assoluta per le politiche della sanità, affermazione in perfetta sintonia con il Comitato Nazionale per la Bioetica¹. Del resto, è noto come lo stato di avanzamento della legge 38/2010 attualmente non sia stato ancora attuato sul tutto il territorio nazionale e come non sia stato idoneamente supportato da politiche di formazione e informazione del cittadino⁴.

La sentenza della Corte Costituzionale non riconosce incostituzionale il reato di aiuto al suicidio, ma solo la pena in presenza delle suddette condizioni, e vincola, pertanto, il Parlamento della Repubblica a legiferare, dando così seguito alla sentenza di non punibilità. In attuazione di suddetta sentenza si inserisce la Proposta di Legge Bazoli-Provenza³, che attualmente ha superato il vaglio della Camera ed è stata inviata al Senato.

Tra tutte le Regioni e Province Autonome d’Italia solamente Marche⁵ e Puglia⁶ hanno avviato un percorso autonomo di proposta di legge regionale sulla cosiddetta *“Assistenza sanitaria per la morte serena e indolore di pazienti terminali”*, con una profonda sfumatura concettuale tra le due che va ben oltre i limiti di un sia pur verosimile *“copia e incolla”*: infatti nell’Articolo 1 del testo marchigiano si legge: *“Le strutture sanitarie pubbliche della Regione assicurano l’assistenza alle persone malate che facciano richiesta di*

verifica delle proprie condizioni e delle modalità di “esecuzione” tramite autosomministrare del farmaco letale per l’accesso al suicidio medicalmente assistito come previsto dalla sentenza costituzionale n. 242/2019>>⁵, mentre all’Articolo 1 del testo pugliese (la PdL Amati, dal nome del Consigliere proponente) si legge: << Le strutture sanitarie pubbliche della Regione Puglia assicurano l’assistenza per aiutare alla morte serena e indolore le persone malate in stato terminale o cronico, la cui condizione clinica è



compatibile con il diritto al rifiuto del mantenimento artificiale in vita ai sensi dell’articolo 32, comma 2, della Costituzione>>⁶.

Il testo della PdL Amati sembra andare ben oltre i limiti dell’aiuto al suicidio, aprendo di fatto la porta al concetto di eutanasia propriamente detta, tanto è vero che questo è il senso della notizia, letta e valutata alla fonte da professionisti della informazione (giornalisti), quindi riportata nel titolo del comunicato (Fig.1) sul sito della Regione Puglia

([Home](#) / [Comunicazione](#) / [Agenzia di notizie](#) /) alla data del giorno 11 luglio 2022 ore 16.31: <<Eutanasia. Amati: “Parere dei Comitati Etici su proposta di Legge e poi in Consiglio. Grazie ai Colleghi”>> (<https://www.consiglio.puglia.it/-/eutanasia-amati-parere-dei-comitati-etici-su-proposta-di-legge-e-poi-in-consiglio.-grazie-ai-colleggi->).

La FNOMCEO nel Consiglio Nazionale del 6 luglio 2020 ha approvato all’unanimità una modifica dell’articolo 17 del Codice di Deontologia Medica, adeguandolo alla sentenza 242/2019: << Il medico, anche su richiesta del paziente, non deve effettuare né favorire atti finalizzati a provocare la morte. La libera scelta del medico di agevolare, sulla base del principio di autodeterminazione dell’individuo, il proposito di suicidio autonomamente e liberamente formatosi da parte di una persona tenuta in vita da trattamenti di sostegno vitale, affetta da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche intollerabili, che sia pienamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli (sentenza 242/19 della Corte Costituzionale e relative procedure), va sempre valutata caso per caso e comporta, qualora sussistano tutti gli elementi sopra indicati, la non punibilità del medico da un punto di vista disciplinare⁷>>. La posizione del medico diviene così funzionale al rispetto dei diritti del cittadino e della sua propria concezione della vita, la norma giuridica si traduce in norma deontologica⁸.

L’argomento trattato nella PdL è particolarmente intrigante per i contenuti, che vanno dai principi giuridici e deontologici, ai valori etici, alla struttura scientifica e alla metodologia di lavoro: ed è proprio su questi due ultimi aspetti che vogliamo condurre il nostro esame, lasciando volutamente ad Altri le considerazioni giuridiche, deontologiche ed etiche, scegliendo invece di affrontare il testo in maniera asettica, con mente libera da preconcetti o posizioni precostituite. Certamente qualcuno sorriderà e penserà: <<Questi sono cristiani ... su dai!>>. Ma accettiamo la sfida e proviamo a ragionare da Medici, con metodo rigorosamente laico, avvezzi al confronto con la sofferenza, che non ha colore di parte, non ha bandiere, non ha credo, ma impone umiltà di giudizio, senza presunzione di attribuire colpe o indicare colpevoli.

Qualsiasi processo di cura o di sospensione della cura inevitabilmente chiama in causa il ruolo del medico, per cui non basta che la Corte Costituzionale dica ciò che bisogna fare. Ciò che è (o sarebbe) da fare deve essere fatto con i medici, condividendo quelle che, per una comprensione trasversale, possiamo chiamare regole: nell’esercizio della professione infatti i medici, di solito, fanno ciò che è buono, provato, documentato. È buono tutto ciò che porta ad un miglioramento dello stato di salute o alla prevenzione

delle malattie, così come a desistere dall'accanimento terapeutico e perseguire l'accompagnamento al fine vita con dignità, amorevolmente, senza inutili sofferenze. Ma quello che i medici fanno deve essere anche sostenuto dal valore della prova che una determinata terapia o la sua sospensione procuri un beneficio e che tale evidenza sia documentata scientificamente. Esiste cioè una sequenza logica che richiama in serie l'evidenza, la prova, la raccomandazione di eseguire o meno una determinata procedura⁹.

La comprensione di una evidenza scientifica, che possiamo chiamare anche contenuto, informazione, notizia (a seconda del contesto in cui sia considerata, per esempio medico, giuridico, giornalistico, politico, clericale, ecc.), prevede un preciso processo di lettura del testo scientifico, che il medico dovrebbe saper fare in autonomia, tenendo bene in testa, per esempio, che esiste una definita gerarchia di tipologie di pubblicazioni, la cosiddetta piramide delle evidenze scientifiche¹², che i lavori scientifici devono essere scritti secondo regole condivise (i famosi statement per cui i lavori che non soddisfano codesti requisiti non vengono pubblicati, soprattutto sulle riviste più prestigiose)¹², che le raccomandazioni possono essere formulate secondo tipologie differenti di elaborati, anche queste condizionate da vincoli maggiori o minori di aderenza nella pratica professionale¹³. Se queste conoscenze sono inderogabili per il medico, risultano altrettanto importanti per quanti vogliono avere una autonomia critica che vada oltre il riconoscimento dell'autorevolezza della fonte e consenta di capire se ci si trova di fronte ad un contenuto/informazione/notizia anche metodologicamente attendibile.

Il problema della lettura del testo scientifico è strettamente connesso a quello della padronanza e della condivisione del patrimonio lessicale^{14,15}: infatti può succedere che in un medesimo consesso operativo (per esempio un gruppo di studio costituito per definire un percorso assistenziale o, come nel nostro caso, una proposta di legge) professionisti con un retroterra personale differente per cultura e formazione possano attribuire ad alcune parole significati o contenuti condizionati dalla propria esperienza: senza reciproca condivisione lessicale possono sorgere difetti di comprensione.

I limiti trovano conseguente amplificazione allorché si procede alla divulgazione dei contenuti o della notizia, cioè alla trasmissione alla gente comune, il vulgus dei latini, che oggi giorno già non brilla per letteratismo, per cui ha bisogno di messaggi più semplici possibile e immediati, facilmente recepibili¹⁶. È comprensibile quindi la confusione mediatica che si rischia quando la comprensione sia già difficile tra gli stessi attori di un processo: per esempio, rimanendo nell'ambito delle tematiche oggetto di questa audizione, i cittadini potrebbero capire che per i cristiani la morte bella è quella tra mille dolori, oppure potrebbe accadere quanto è successo presso l'Agenzia Quotidiana di Stampa della Regione Puglia, quando il giornalista ha divulgato la notizia della PdL Amati usando l'appellativo "Eutanasia", elaborato secondo una interpretazione personale dei contenuti (invece di suicidio assistito), anche se qualcuno poi potrà avanzare il dubbio che invece abbia capito proprio bene.

Proviamo a fare un altro esempio: se affermassi di aver parcheggiato, fortunatamente, la "mia Ferrari" in uno spazio di circa quattro metri, certamente qualcuno potrebbe avanzare dei dubbi circa l'attendibilità questa affermazione, nonostante l'autorevolezza della fonte: il sottoscritto, credibile perché medico; perciò, pieno di soldi per cui potrebbe veramente avere una Ferrari, e poi cattolico, per cui non dovrebbe dire le bugie. Il dubbio è reso possibile dalla autonomia critica degli uditori, ma quando continuassi a parlare della "mia Ferrari" descrivendone le caratteristiche, cioè 70 CV di potenza, allora tutti, condividendo un lessico preciso (i cavalli motore), accerterebbero la scarsa attendibilità della mia affermazione, pur riferendosi il sottoscritto alla propria utilitaria chiamandola vezzosamente la "mia Ferrari" senza fare falsa testimonianza.

Tornando all'oggetto di questa audizione e provando a sintetizzare la questione, riducendola in un discrimine tra "aiuto al suicidio" e "sedazione profonda terminale"¹⁷ (lì dove il primo procura una morte rapida, la seconda invece una morte meno rapida) potrebbe sembrare solo una questione di lana caprina, ma comprendiamo che non è così, perché il primo apre a tutta una serie di eventi a cascata, come già si preconizzava nel 1999 analizzando i prodromi di quanto si sarebbe realizzato negli anni successivi in Olanda¹⁸, con uno spostamento dell'asticella sempre più in basso, fino alla proposta di legge sulla "Eutanasia a vita completata" avanzata in Olanda dalla parlamentare Pia Dijkstra e tuttora ancora al vaglio del Consiglio di Stato^{19,20}.

Negli ultimi decenni l'approccio critico alla gran messe di documentazione scientifica favorita dalla esplosione mediatica e dalla globalizzazione delle informazioni ha permesso che il movimento culturale noto come EBM²¹, Evidence Based Medicine ovvero Medicina basata sulle prove di efficacia, si configurasse come vera e propria disciplina, oggetto di studio e approfondimento, con i suoi principi e le sue regole, tanto è vero che fin dall'Accordo Stato Regioni Province Autonome del 2011, poi perfezionato negli anni successivi, si individuarono gli obiettivi formativi di carattere nazionale, in capo ai quali figurava proprio la EBM, essenziale del resto per una comprensione a seguire di tutti gli altri obiettivi⁹.

Un approccio responsabile alla questione politica non può essere impostato diversamente da un percorso di miglioramento della qualità, attento ad una accorta lettura dell'esistente secondo parametri precisi, che permettano di valutare gli esiti dei processi in maniera asettica, scevra da condizionamenti. Ciò presuppone un approccio scientifico nel rispetto del vero e del giusto, come suggerisce Donabedian a proposito della valutazione della qualità delle cure mediche^{22,23,24}. La dimensione tutta laica del pensiero di Donabedian rappresenta un patrimonio indispensabile per l'educazione e l'orientamento del ragionamento clinico e perché no politico. Infatti, la PdL Amati si configura come un tentativo di miglioramento delle prestazioni sanitarie e pertanto dovrebbe essere aderente ai principi e rispettare i criteri della EBM e del QI (Quality Improvement ovvero MCQ Miglioramento Continuo di Qualità) per essere credibile e spendibile in ambito sanitario.

Da un punto di vista tecnico qualsiasi progettazione rientra in un percorso di miglioramento della qualità, con la necessità di confrontare i risultati ottenuti o attesi/attendibili, con la situazione quo ante, cioè "il dopo" con "il prima": per fare questo abbiamo bisogno di misure, che diano struttura alla osservazione: se non riusciamo a misurare ciò di cui parliamo, rimaniamo ad un livello povero e insoddisfacente, superficiale di conoscenza. Queste idee ben si sintetizzano nell'assioma coniato da DM Berwick^{25,26} "Misurare senza cambiare è uno spreco, cambiare senza misurare è follia", perché le misure aiutano a chiarire gli obiettivi, sono indispensabili per decidere se continuare a fare quello che si fa o se si deve cambiare, sono indispensabili per valutare una innovazione. Così possiamo sintetizzare alcune posizioni di Donald Michael Berwick, stretto collaboratore di Obama e amministratore, in era Obama, dei programmi Medicare e Medicaid in USA. La valutazione è una operazione per lo più soggettiva, la misura invece è strettamente oggettiva, assolutamente indispensabile per gestire il cambiamento e quindi avviare l'innovazione.

In sanità quando si eroga un servizio bisogna considerare le risorse di cui si dispone, che non possono essere utilizzate scriteriatamente, ma necessitano di una individuazione di criteri, standard e indicatori, senza i quali non si va da nessuna parte^{22,23}.

Torniamo allora all'esame della PdL Amati, se riconosciamo che:

1. chiama direttamente in causa i medici (evoca una prestazione sanitaria),
2. vuole definire un miglioramento della qualità assistenziale (QI),
3. descrive chiaramente un percorso "assistenziale" (contestualizzazione dell'evidenza scientifica).

Allora deve essere:

- A. leggibile secondo principi e regole della EBM - Medicina Basata sulle Prove di Efficacia²⁷,
- B. aderente ai criteri della qualità^{22,24}.
- C. rispettosa di un processo di modellazione funzionale del percorso assistenziale^{28,29,30,31}.

Il messaggio diveniente dalla Sentenza della Corte Costituzionale, redatto secondo un lessico giuridico, per essere credibile secondo un lessico medico deve essere trasferito in maniera adeguata: non è la stessa cosa che adeguare una norma deontologica a una norma giuridica, ma deve rispettare quelle che, per una comprensione trasversale dei vari attori coinvolti, possiamo chiamare regole della conoscenza e dell'agire medico.

Proviamo dunque a porre dei quesiti e trovare le relative risposte:

1) È chiara la popolazione oggetto dello studio?

Sì. Persone malate in stato terminale o cronico, la cui condizione clinica è compatibile con il diritto al rifiuto del mantenimento artificiale in vita ai sensi dell'articolo 32, comma 2, della Costituzione.
... persone in possesso dei seguenti e contestuali requisiti: siano capaci di assumere decisioni libere, consapevoli e abbiano espresso autonomamente e liberamente la volontà di accedere alle prestazioni ed ai trattamenti, con le modalità e gli strumenti più consoni alle condizioni cliniche; siano affette da patologie irreversibili; siano tenute in vita con trattamenti di sostegno vitale; si trovino in condizione di sofferenze fisiche e psicologiche assolutamente intollerabili.

2) È stata eseguita un'analisi dei bisogni?

NO.

3) È stata eseguita una ricerca delle evidenze scientifiche?

NO.

4) Il corpo dell'evidenza scientifica è adeguato?

Non è noto.

5) È stata fatta una previsione di indicatori?

NO.

6) Sono stati individuati dei criteri?

NO.

7) Sono stati ricercati gli standard?

NO.

8) Il percorso delle cure palliative è un prerequisito inderogabile. Viene garantito a tutti i cittadini?

No.

9) Il percorso delle cure palliative è una priorità assoluta per le politiche della sanità. Cosa si è fatto per formare e informare il cittadino?

Nulla.

10) È stato previsto un processo di formazione per i componenti dei comitati etici?

Non è noto.

11) La PdL abbozza un percorso assistenziale. I percorsi assistenziali devono essere costruiti con criterio (regole). Quale metodologia si prevede di seguire?

Non si sa.

12) La incorporazione di questa prestazione nel novero di tutte quelle erogabili dalla Regione Puglia prevede un codice ICD9CM. Come si è pensato di crearlo?

Non è noto.

Concludendo

- 1) Chiediamo di rinviare questa iniziativa a tempi successivi alla deliberazione parlamentare.
- 2) Chiediamo di rendere più credibile dal punto di vista scientifico e metodologico una proposta di legge che non condividiamo dal punto di vista giuridico, deontologico ed etico.

n.d.r. Alla data del 25 luglio la suddetta PdL “Assistenza sanitaria per la morte serena e indolore dei pazienti terminali” è stata approvata in III Commissione Consiliare della Regione Puglia, per cui passerà al Consiglio Regionale.

E come volevasi dimostrare il comunicato stampa della Gazzetta del Mezzogiorno trasmesso prontamente in rete così commenta: <<**Eutanasia**, passa la proposta di legge in commissione Puglia>>.

Il Cronista o il Redattore o entrambi mettono in evidenza un contenuto, l'eutanasia: è stato un difetto di comunicazione e condivisione lessicale e perciò non hanno compreso? Oppure hanno compreso troppo bene?

michele montinari

RIFERIMENTI

1. Sentenza 242 2019 Corte Costituzionale
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242>
2. Codice di Deontologia Medica <https://portale.fnomceo.it/codice-deontologico/>
3. Proposta di Legge Bazoli-Provenza
https://www.camera.it/leg18/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=18&codice=leg.18.pdl.camera.2_A.18PDL0167820&back_to=https://www.camera.it/leg18/126?tab=2-e-leg=18-e-idDocumento=2-e-sede=-e-tipo
4. Rapporto al Parlamento sullo stato di attuazione della Legge n. 38 del 15 marzo 2010 “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore” anni 2015-17 (pubblicato 2019)
https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2814_allegato.pdf
5. PDL Marche - Procedure e tempi per l'assistenza sanitaria regionale al suicidio medicalmente assistito ai sensi per effetto della sentenza n. 242/19 della Corte Costituzionale
https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/iter_degli_atti/pdl/scheda9.php?id=2065
6. PDL Puglia Assistenza sanitaria per la morte serena e indolore di pazienti terminali
<https://www.sanitainformazione.it/wp-content/uploads/2022/06/PDL-Assistenza-sanitaria-per-la-morte-serena-Puglia.pdf>



7. Indirizzi applicativi Art 17 https://portale.fnomceo.it/comunicati_ordini/com-n-19-indirizzi-applicativi-allegati-allart-17-del-codice-di-deontologia-medica-prot-n-2073-2020-del-11-02-2020/
8. Modifica Articolo 17 Codice di Deontologia Medica - Commentaria <https://www.sicp.it/informazione/news/2020/02/la-fnomceo-modifica-lart-17-del-codice-di-deontologia-medica/>
9. GIMBE Education. Obiettivi ECM nazionali. <https://www.gimbeducation.it/pagine/627/it/obiettivi-ecm-nazionali>
10. Sackett DL et al. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ* 1996; 312: 71
11. Montinari M. Evidence Based Medicine. Grandezza, limiti e tentazioni di una nuova cultura. *ACOInews* 2007; 6: 4-7
12. GIMBE Education. Statements. <https://www.gimbe.org/pagine/568/it/traduzioni-ufficiali>
13. Marshal S. The use of cognitive aids during emergencies in anesthesia: a review of the literature. *Anesth Analg* 2013; 117: 1162
14. Beccastrini Stefano, Gardini Andrea, Sergio Tonelli. Piccolo dizionario della qualità. Editoriale Tosca, Firenze 1994
15. Morosini Pierluigi, Perraro Franco. Enciclopedia della Gestione di Qualità in Sanità. Centro Scientifico Editore, Torino 2001
16. INDIRE Istituto Nazionale Documentazione Innovazione e Ricerca Educativa. Letteratismo/Literacy <https://www.indire.it/?lang=&s=literacy>
17. CNB Comitato Nazionale per la Bioetica. Sedazione palliativa continua profonda nell'imminenza della morte. https://bioetica.governo.it/media/1804/p122_2016_sedazione_profonda_it.pdf
18. Gillon R, Euthanasia in The Netherlands--down the slippery slope? *J Med Ethics*. 1999; 25: 3-4 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC479159/pdf/jmedeth00002-0007.pdf>
19. Holzman TJ. The Final Act: An Ethical Analysis of Pia Dijkstra's Euthanasia for a Completed Life. *Bioethical Inquiry* (2021) 18:165–175 <https://link.springer.com/content/pdf/10.1007/s11673-020-10084-x.pdf>
20. Proposta di Legge Olandese Pia Dijkstra su "Eutanasia a vita completata" ancora al vaglio del Consiglio di Stato <https://nltimes.nl/2022/05/20/completed-life-euthanasia-proposal-needs-safeguards-misuse-council-state>
21. Cochrane Archibald Leman. Effectiveness & Efficiency: Random Reflections on Health Services. RSM Press The Royal Society of Medicine Press, London 1999
22. Donabedian Avedis. Il Maestro e le Margherite. La Qualità dell'assistenza sanitaria secondo Avedis Donabedian. Il Pensiero Scientifico Editore, Torino 2009
23. Deming W. Edwards. Out of the Crisis. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge, Mass. 1986
24. Gardini Andrea. Verso la Qualità. Percorsi, modelli, intuizioni e appunti di viaggio per migliorare l'assistenza sanitaria. Centro Scientifico Editore, Torino 2004
25. Berwick DM A primer on leading the improvement of systems. *BMJ* 1996; 312: 619-23. <https://www.bmj.com/content/312/7031/619>
26. Berwick DM The science of improvement. *JAMA* 2008; 299: 1182-4 <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/181589>

27. SQUIRE Guidelines. Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence
<http://www.squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=page.viewpage&pageid=471>
28. EPA European Pathways Association Definizione. <https://e-p-a.org/care-pathways/>
29. IDEFO https://documen.site/download/diagrammaidefo_pdf
30. Vanhaecht K et Al. Prevalence and use of clinical pathways in 23 countries. An international survey by the European Pathways Association. Journal of Integrated Care Pathways 2006; 10: 28-34 <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/205343540601000106>
31. Latina R et Al. Towards a New System for the Assessment of the Quality in Care Pathways: An Overview of Systematic Reviews. Int J Environ Res Public Health. 2020; 17: 8634
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7699889/pdf/ijerph-17-08634.pdf>

Cronotappe

1. 27/11/2019 Sentenza 242/2019 Corte Costituzionale su Art 580 C.P. su istigazione e aiuto al suicidio (DJ Fabo).
<https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?anno=2019&numero=242#:~:text=censurando%20l'art.-,580%20cod.,rispetto%20alle%20condotte%20di%20istigazione%C2%BB>.
2. 06/07/2020 FNOMCEO Modifica ART 17 Codice di Deontologia Medica
<https://www.sicp.it/informazione/news/2020/02/la-fnomceo-modifica-lart-17-del-codice-di-deontologia-medica/>
3. 21/04/2021 Richiesta Referendum Abrogativo Art. 579 C.P. Omicidio del Consenziente (Associazione Luca Coscioni). <https://www.associazionelucacoscioni.it/wp-content/uploads/2021/04/15.04.21-Quesito-Eutanasia-579-c.p..docx.pdf>
4. 10/05/2021 Presentazione PdL Bazoli/Provenza
https://www.camera.it/leg18/995?sezione=documenti&tipoDoc=lavori_testo_pdl&idLegislatura=18&codice=leg.18.pdl.camera.2_A.18PDL0167820&back_to=https://www.camera.it/leg18/126?tab=2-e-leg=18-e-idDocumento=2-e-sede=-e-tipo=
5. 15/01/2022 Carlo Casalone sj La discussione parlamentare su suicidio assistito
<https://www.laciviltacattolica.it/articolo/la-discussione-parlamentare-sul-suicidio-assistito/>
6. 03/03/2022 Sentenza 50/2022 Corte Costituzionale sul Referendum Radicale
https://www.cortecostituzionale.it/actionSchedaPronuncia.do?param_ecli=ECLI:IT:COST:2022:50
7. 11/03/2022 Approvazione alla Camera della PdL Bazoli/ Provenza
https://www.ilsole24ore.com/art/eutanasia-via-libera-camera-ad-articolo-morte-medicalmente-assistita-AEqiwyIB?refresh_ce=1
8. 13/07/2022 Proposta di Legge PDL 129/22 Regione Marche, Assistenza al Suicidio Medicalmente Assistito.
https://www.consiglio.marche.it/banche_dati_e_documentazione/iter_degli_atti/pdl/scheda9.php?id=2073
9. 18 e 25/07/2022 - Discussione in III Commissione Regionale PDL Regione Puglia Morte serena e indolore dei malati terminali (EUTANASIA?) (<https://www.consiglio.puglia.it/-/eutanasia-amati-parere-dei-comitati-etici-su-proposta-di-legge-e-poi-in-consiglio.-grazie-ai-colleggi-?inheritRedirect=true&redirect=%2Fsearch%3Fq%3DMorte%2Bserena>).
10. 11/07/2022 Puglia Notizie - Agenzia Quotidiana di Stampa - Regione Puglia
<https://www.consiglio.puglia.it/-/eutanasia-amati-parere-dei-comitati-etici-su-proposta-di-legge-e-poi-in-consiglio.-grazie-ai-colleggi->