- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

Recenti Prog Med 2026; 117: 1-6

Cure palliative e suicidio medicalmente assistito: i rischi di un conflitto assiologico

GIUSEPPE R. GRISTINA[1]

[1]Medico anestesista rianimatore.

Pervenuto il 12 giugno 2026. Non sottoposto a revisione critica esterna alla redazione della rivista.

Riassunto. Premessa. A sette anni dalla sentenza n. 242/2019 della Corte Costituzionale, che ha depenalizzato a determinate condizioni il suicidio medicalmente assistito (Sma), il persistere di un vuoto normativo ha generato significative incertezze giuridiche. In questo scenario, la Società italiana di cure palliative (Sicp) ha formalizzato, attraverso un documento ufficiale, l'esclusione del medico palliativista da un coinvolgimento diretto nella procedura attuativa di Sma. Il timore principale della Sicp è che l'associazione del Sma alle cure palliative (CP) possa comprometterne l'identità pubblica, allontanando quei malati che, pur potendo beneficiare di un percorso di palliazione, non intendono considerare l'opzione del suicidio assistito. **Contenuto.** Il presente articolo esamina criticamente il rapporto tra medicina, CP e Sma nel contesto italiano. La presa di posizione della Sicp viene inquadrata nella più ampia crisi del paradigma della medicina moderna, prevalentemente incentrato sulla cura a scapito di un approccio olistico centrato sulla persona. Le CP, al contrario, incarnano un radicale cambiamento di prospettiva, facendosi carico della natura multidimensionale della sofferenza (fisica, psicologica, sociale) e ponendo lo sviluppo dell'autodeterminazione del malato a proprio irrinunciabile fondamento. **Scopo.** Nell'articolo si sviluppa una critica a tale posizione, argomentando che, nel distanziarsi formalmente dallo Sma, le CP rischiano di: 1) contraddire la propria missione fondativa, regredendo al ruolo ancillare storicamente assegnatole dalla medicina tradizionale; 2) abbracciare una visione corporativistica della propria funzione professionale; 3) rinunciare a sfidare il dominante modello medico prestazionale ed economicista opponendo come alternativa la propria cultura; 4) rafforzare lo stigma culturale che circonda il morire e la morte autodeterminata, venendo meno così al proprio mandato primario di promozione dell'autonomia del malato. **Conclusioni.** Anziché concepire CP e Sma come mutuamente esclusivi, l'accompagnamento del malato nel percorso di Sma dovrebbe essere interpretato come l'espressione più compiuta di una pratica medica compassionevole, che onora fino in fondo i valori e le scelte più intime della persona. La sfida cruciale, dunque, non è di ordine meramente procedurale, bensì profondamente culturale. Essa impone il superamento di un modello di medicina tecnocratico e orientato al profitto e la necessità di confrontarsi con la tendenza sociale a negare la morte. L'obiettivo ultimo deve consistere nel garantire a ogni malato un supporto continuo e integrale lungo l'intera traiettoria della malattia, nel pieno e incondizionato rispetto delle sue volontà, preferenze e decisioni individuali.

Palliative care and physician-assisted suicide: the risks of the axiological conflict.

Summary. Background. In the seven years since the Italian Constitutional Court's ruling no. 242/2019 conditionally legalized Physician Assisted Suicide (PAS), the ensuing legislative void has given rise to significant legal and ethical ambiguities. Within this context, the Italian Society of Palliative Care (ISPC) has issued a formal position paper, recommending that palliative care specialists abstain from direct involvement in the implementation of PAS. The ISPC's primary concern is that associating PAS procedure with Palliative Care (PC) could compromise its core public identity, potentially deterring patients who could benefit from palliative services but do not wish to consider PAS. **Content.** This article critically examines the relationship between medicine, PC, and PAS in Italy. It situates the ISPC's stance within the broader crisis of a modern medical paradigm predominantly focused on "curative" interventions at the expense of holistic, person-centered care. PC, conversely, embodies a paradigm shift by addressing the multidimensional nature of suffering (physical, psychological, social) and by upholding patient self-determination as a central tenet. **Purpose.** The article critiques this position, arguing that by formally disengaging from PAS, the PC medicine runs the risk of: 1) contradicting its foundational mission and regressing to the ancillary role historically assigned to it by conventional medicine; 2) embracing a corporatist, guild-like view of its professional function; 3) failing to challenge the prevailing performance-driven and market-oriented model of medicine with its robust alternative cultural framework; 4) reinforcing the cultural stigma against a self-determined death, thereby undermining its core mandate to promote patient autonomy. **Conclusions.** The argument of this paper is that rather than viewing PC and PAS as mutually exclusive, the act of accompanying a patient through the PAS process can be understood as the ultimate expression of a compassionate medical practice – one that honors the patient's deeply held values and choices. The core challenge, therefore, is not merely procedural but profoundly cultural. It requires moving beyond a technocratic, profit-oriented medical model and confronting the societal tendency to sanitize or deny death. The ultimate goal must be to guarantee all patients continuous, comprehensive support throughout their illness trajectory, fully respecting their individual choices.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

«Com'era patetico cercare di relegare la morte ai margini della vita quando la morte era al centro di tutto».

Elif Shafak, "L'isola degli alberi scomparsi".

Breve cronistoria

Il 27 novembre 2019 la Corte costituzionale, con la sentenza n. 242/2019[1] ha ammesso, di fatto, la liceità del suicidio medicalmente assistito (Sma).

Tra il 2019 e il 2025 la Corte ha richiamato inutilmente la politica a tutelare con una legge un diritto ormai costituzionalmente garantito. Il giorno 4 giugno 2026, al Senato, ancora una volta la maggioranza ha rinviato la discussione impedendo di fatto, anche in questa legislatura, la conclusione dell'iter legislativo[2].

A livello amministrativo regionale, questi sette anni di vuoto legislativo hanno generato incertezze e disomogeneità di vedute[3], con ripercussioni sui malati che di quel diritto hanno inteso e intendono giovarsi. La medicina ufficiale a sua volta, si è interrogata sull'eventualità di essere implicata, e se sì in quale modo, nelle procedure di Sma.

Riguardo alla natura delle specialità mediche rappresentate nel team che dovrebbe accompagnare il malato nella fase attuativa della procedura, la Società italiana di cure palliative (Sicp), in un suo recente documento ufficiale[4], ha sottolineato che le cure palliative (CP) e il Sma rispondono a bisogni e a sensibilità diverse. Pertanto, se la presenza del palliativista nella fase valutativa della richiesta appare appropriata per garantire al richiedente una scelta davvero libera e consapevole attraverso l'informazione, la sua presenza nella fase attuativa renderebbe le CP complementari al Sma alterandone l'identità pubblica. In altre parole, secondo la Sicp «esiste il rischio che, nell'attuale contesto storico e culturale, si possa generare un collegamento fuorviante tra le CP e il Sma, rafforzando nelle persone con concreti bisogni di CP che non desiderano il Sma una percezione riduttiva delle CP come interventi limitati esclusivamente al fine vita»[5].

La posizione assunta dalla Sicp merita alcune riflessioni che non possono non tenere conto del ruolo e della funzione delle CP nel complesso contesto che caratterizza la medicina oggi.

Alcuni dati di fatto

Le CP sono un punto di forza di qualsiasi sistema sanitario che voglia definirsi equo, egualitario e universale[6,7]. Rappresentano un indicatore della qualità della risposta dei decisori ai bisogni di salute della popolazione, della sensibilità di tutti i medici ai dilemmi che le due transizioni, demografica ed epidemiologica, pongono alla società, del grado di cultura sanitaria e di maturità raggiunto dalla popolazione.

Per contro, nonostante la legge n. 38/2010 abbia conferito alle CP anche il supporto giuridico, l'assistenza erogata dalle reti di CP è, a detta della stessa Sicp, ancora fortemente carente[8].

La politica in linea con la più intransigente visione "pro vita"[9], non legiferando e ignorando così il dettato della Corte, ha negato il diritto di accedere al Sma alle persone malate che lo chiedono, spingendole di fatto al "turismo suicidario"[10] se il reddito glielo permette, o, più sbrigativamente, al suicidio "domestico" con modalità spesso brutali.

Inoltre, quella stessa politica che a 16 anni dalla legge n. 38 ha fatto ben poco per garantirne la piena attuazione, oggi invoca strumentalmente le CP per costruire un argine contro il Sma.

La letteratura scientifica dimostra però che se le CP possono contribuire a contenere la richiesta di accesso alle procedure di Sma, una quota statisticamente significativa di queste richieste permane anche in Paesi dove le CP sono ben più efficaci e diffuse che in Italia[11-15].

Peraltro, mentre in molte delle leggi approvate nel mondo sul Sma il principale criterio di ammissione è la sofferenza intollerabile causata da una patologia irreversibile, molte società mediche si sono unanimemente dichiarate contrarie al Sma o non disponibili a essere coinvolte nelle procedure[16-20].

In sintesi, proprio sulla sofferenza – il tema più delicato e complesso per la persona malata – si è generato in Italia un contrasto esplicito tra diritto e politica, ma anche uno più velato tra diritto e medicina.

Le cure palliative e la medicina ufficiale

Che il rapporto della medicina con la sofferenza sia contraddittorio lo dimostrano le scarsissime risorse educative e formative che la medicina ufficiale – ordini professionali, università, società scientifiche – ha storicamente investito sulle CP per un gap culturale che è suo[7,21-23] prima che di ogni altro.

La visione prevalente della medicina scientifica moderna definisce la malattia oggettivamente attraverso parametri misurabili e deviazioni dalle normali funzioni biologiche degli organi. La malattia quindi, intesa come un'entità autonoma e distinta dal corpo che la ospita, che va identificata, misurata e trattata. La forza della medicina coincide così con la sua capacità di intervenire sulla malattia, e tutto quanto non sia direttamente riconducibile a questa tensione tra

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

medicina e malattia perde centralità per divenire rumore di fondo.

Scrive Michel Foucault: «Alla pura essenza noseologica, il malato aggiunge, come altrettante perturbazioni, le sue disposizioni, la sua età, il suo modo di vivere e tutta una serie di eventi, che rispetto al nucleo essenziale figurano come accidenti. Per conoscere la verità del fatto patologico, il medico deve astrarre il malato. Paradossalmente il paziente non è, rispetto a ciò di cui soffre, che un fatto esteriore. La letteratura medica non deve prenderlo in considerazione che per metterlo tra parentesi; non è il fatto patologico a funzionare, rispetto alla vita, come un contro-natura, ma il malato rispetto alla malattia stessa»[24].

D'altronde, l'insegnamento fornito dalle scuole di medicina ancora oggi è teso a rendere quanto più possibile "asettiche" le conoscenze acquisite, riducendo l'intervento del medico ai soli problemi diagnostici e terapeutici, come se la salute fosse solo l'assenza di malattia e non quello «stato di completo benessere fisico, mentale e sociale» riportato nella definizione dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms)[25].

La formazione medica tradizionale – la "medicina della guarigione" – considera pertanto come una "sconfitta" la morte e la cronicizzazione nei cui confronti la funzione delle CP è ancora percepita dai medici come ancillare. Allora l'accompagnamento, il sollievo, la prossimità, la protezione, l'ascolto e l'orientamento diventano attività residuali come se non appartenessero pienamente alla medicina. Di conseguenza le prove del valore di questa disciplina non vengono adeguatamente considerate dai decisori, ostacolandone l'integrazione nel Servizio sanitario nazionale (Ssn) e limitando così la sua capacità di soddisfare i bisogni dei malati gravi e dei malati alla fine della vita.

Le CP, al contrario, rappresentano un cambio di paradigma fondamentale nella pratica medica moderna poiché riconoscono la persona malata come soggetto complesso, con bisogni che vanno oltre la dimensione fisica.

La sofferenza, infatti, non coincide semplicemente con il dolore fisico. Essa comprende aspetti psicologici, emotivi, sociali e spirituali[26,27]. La persona malata può provare angoscia per la progressiva riduzione di autonomia e la crescente dipendenza dai caregiver, dai farmaci o dalla tecnologia, per la qualità povera del tempo che rimane da vivere, per la crescente fragilità che accompagna la progressiva perdita di speranza fino a concepire la morte come liberazione. Le CP riconoscono questa complessità e cercano di rispondere a tutti questi livelli di bisogno.

In questo senso, il concetto di qualità della vita include la capacità di mantenere relazioni significative, di preservare per quanto possibile la propria identità e i propri ruoli sociali, di trovare momenti di serenità e dignità anche nella fase finale dell'esistenza.

Le CP, quando integrate nella rete delle cure primarie, aiutano anche a coltivare la natura relazionale dell'essere umano che non viene cancellata dalla malattia neppure nella sua fase terminale. Le CP valorizzano così la comunità dove la biografia del malato si compie – il suo consueto ambiente di vita – garantendo supporto alla rete di prossimità, ai caregiver e a tutti i professionisti sanitari coinvolti.

Questa comunità non costituisce un semplice dispositivo organizzativo. Rappresenta piuttosto lo spazio relazionale in cui la vulnerabilità e la sofferenza possono essere condivise, incontrare sostegno e riconoscimento senza che la fragilità sia marginalizzata, confinata nella solitudine e respinta come quando è affidata interamente alle istituzioni ospedaliere[28].

La questione fondamentale concerne quindi la disponibilità della medicina a ridefinire il paradigma teorico con cui interpreta sé stessa che ancora relega le CP a un ruolo periferico. Finché prendersi cura significherà soltanto "combattere" la patologia, l'approccio palliativo continuerà ad apparire ambiguo, differibile e accessorio.

Se invece l'azione di cura fosse reinterpretata come salvaguardia e valorizzazione dell'esistenza umana nella sua interezza e complessità, l'affidamento del malato alle CP non sarebbe più inteso come il segnale della capitolazione della medicina di fronte alla malattia, ma come l'espressione più compiuta e consapevole della medicina che è anche accompagnamento.

La morte e il processo del morire

Stabilire un corretto rapporto con la morte e con il processo del morire dipenderà dalla capacità da parte dei medici di riconoscere e interpretare i molteplici fattori clinici, sociali, culturali, economici che fanno sì che la morte, il morire e il lutto siano compresi e gestititi nella pratica della prossimità. Un approccio che non riconosca questa complessità non permetterà mai di reintegrare la morte nell'ambito degli eventi naturali della vita.

Nelle società moderne il processo del morire e la morte sono stigmatizzati, censurati e relegati negli ospedali[29]. In questi sistemi sanitari dedicati all'alta intensità di cura, interventi sproporzionati, inutili e costosi possono essere erogati nella fase finale della vita come una risposta tanto stereotipata quanto inefficace e con una scarsissima qualità complessiva dell'assistenza; i dialoghi riguardanti la fine della vita sono spesso ardui sia per i professionisti sanitari sia per i malati e i loro familiari, e tutti tendono a eluderli. D'altra parte, gli sforzi per condizionare la medicina ospedaliera a un diverso approccio hanno ottenuto risultati deludenti.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

Le CP, anche grazie alla pianificazione condivisa delle cure, possono garantire risultati migliori trasformando la qualità dell'assistenza alla fine della vita attraverso una diversa visione di come gestire questa condizione e interpretando la morte e il morire come processi relazionali e spirituali piuttosto che come mero evento fisiologico[30]. La rete di CP supporta il morente, e anche tutte le persone coinvolte, aiutandole a comprendere il significato che ha la morte del loro caro e ad avviare, attraverso lo sviluppo di conversazioni sul morire[31-33], una corretta elaborazione del lutto riconoscendolo come condizione accettabile proprio in quanto condivisibile nella comunità. Per i professionisti sanitari, il valore dello stare accanto alle persone morenti dedicando tempo, attenzione e compassione consiste nella possibilità di connettersi con la propria fragilità, riconoscere la comune interdipendenza, comprendere ciò che conta nelle relazioni umane[34].

La crisi della medicina e il ruolo delle cure palliative

Proprio questo radicale confronto tra due modelli interpretativi della relazione di cura tra persona malata e medico riconduce all'attuale crisi irrisolta di ruolo e di funzione della professione medica che dovrà scegliere tra due traiettorie evolutive.

La prima è quella già intrapresa dello "sviluppo": la capacità tecnica di intervenire in modo sempre più sofisticato sulla macchina biologica del corpo umano. La medicina tecnologica d'organo continuerà a essere decisiva per il trattamento delle patologie acute. Il riduzionismo e la parcellizzazione specialistica del corpo che le sono propri hanno però contribuito nel mondo occidentale a industrializzare la medicina tramite una concezione imprenditoriale della cura basata sulla domanda e sull'offerta di prestazioni[35-38], incapace di modificare il modello quando si tratta di adeguarlo alla complessità della cronicità. Questa concezione liberista della medicina ha provocato e continua a provocare una costante lievitazione dei costi e un accumulo ormai intollerabile di disservizi mettendo seriamente a rischio la sopravvivenza del Ssn.

La seconda traiettoria è quella del "progresso": una nuova concezione del welfare per la sanità nella quale prevalga una logica diversa con al centro «la qualità collettiva dell'esistenza, che sappia privilegiare le relazioni, favorire l'autonomia delle persone, creare opportunità, prendersi cura di tutti»[28].

Il "progresso" è quindi una nozione ideale, sociale, politica ed etica, laddove lo "sviluppo" è un puro fatto pragmatico ed economico.

Al contrario della medicina ufficiale, dunque, le CP dispongono del patrimonio scientifico e culturale per avviare quel processo di rinnovamento che si chiede oggi alla medicina nel suo insieme e che permette di riarmonizzare l'interezza della persona malata riconoscendo, intercettando e soddisfacendo i suoi bisogni assistenziali e di presa in carico. Di questi, la comprensione dei meccanismi da cui origina la sofferenza e l'approccio consapevole, condiviso e compassionevole al processo del morire e alla morte sono parte integrante, implicando sì la cura del corpo, ma anche la necessità di intervenire sui determinanti sociali, ambientali, economici della malattia, del benessere e della qualità della vita[39].

È nello sviluppo di questa modalità alternativa della relazione di cura lungo il percorso della malattia che la persona malata matura la possibilità di autodeterminarsi e di compiere scelte autonome sostenute dalla volontà di vivere o dal desiderio di accelerare la morte. Una meta-analisi di otto studi ha confermato che l'attenzione a tutte le forme di sofferenza è un prerequisito per promuovere la volontà di vivere[40]. Ciononostante, il deterioramento psico-fisico, la percezione di vita non dignitosa, la ridotta autostima, la solitudine, l'isolamento, la percezione di sé come un peso per i propri cari, la perdita del senso di appartenenza e della connessione col mondo, la stanchezza di vivere, la vita percepita come completata e la perdita della speranza sono, in varie combinazioni, condizioni psicologiche che possono attivare, nel corso della cronicità, una spirale di sofferenza tale da far concepire la morte come l'unica possibile via d'uscita e generare il conseguente desiderio di accelerarla[41].

Tre pericoli

Così, la posizione assunta recentemente dalla Sicp riguardo all'astensione del medico palliativista dall'intera fase attuativa della procedura di Sma, non solo conferma, di riflesso, l'impossibilità culturale della società di accettare la morte e il morire reintegrandoli nell'esperienza collettiva e individuale, ma finisce anche per assecondare la censura e lo stigma riservati dalla cultura prevalente a una morte scelta volontariamente, liberamente e consapevolmente.

In altre parole, se la decisione della Sicp – certamente a lungo ponderata – di non restituire alla società e alla medicina ufficiale l'evento morte con tutti i suoi "scandalosi" significati e modi può essere comprensibile sul piano tattico e nel breve termine, sul piano strategico e nel lungo periodo non gioverebbe alla cultura delle CP perché la ricondurrebbe nel perimetro della medicina ufficiale, caratterizzandola di nuovo come ancillare, non autonoma né, soprattutto, alternativa a essa. Le CP vedrebbero così di nuovo sottovalutato e minimizzato il loro ruolo. La "sfida" che la cultura delle CP lancia alla medicina ufficiale sarebbe allora persa[42].

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

In sintesi, presentare le CP e il Sma come mutuamente esclusivi finirebbe per concretizzare tre pericoli.

Il primo è quello di ridurre le CP alla loro finalità originale – il sollievo del sintomo e la cura del morente – inserendole paradossalmente in una logica puramente prestazionale specialistica[43] non diversa da quella di chi interpreta la figura del medico nell'ambito del Sma come semplice esecutore. È così vanificato lo scopo fondamentale delle CP stesse: accompagnare il malato nella malattia, aiutandolo nel suo percorso di autonomizzazione e autodeterminazione, valorizzando le sue scelte, anche quella di liberarsi di una sofferenza insopportabile attraverso il Sma.

In questo modo si aprirebbe lo spazio a un secondo pericolo: accettare una visione corporativa della funzione delle CP in cui gli obiettivi emergenti finiscono per coincidere con gli interessi particolari della categoria, non più del malato. Così, i palliativisti, rinunciando alla loro forza e alla loro identità faticosamente costruita sull'architrave della relazione di cura, lascerebbero la persona che chiede il Sma, e che magari è già all'interno di un percorso di CP, sola e al di fuori del Ssn proprio nel momento di maggiore fragilità e bisogno di supporto.

Il terzo pericolo, collegato al secondo, consiste nel rischio, reale, che la concezione prestazionale e corporativa porti a includere anche le CP nella soluzione liberista della "privatizzazione strisciante" del Ssn guidata dal definanziamento pubblico[43], costringendo le persone che chiedono di accedere alle CP, anche senza aver scelto il Sma, a rivolgersi a strutture private. In questo senso, ma sul versante del Sma, si può leggere la proposta dell'attuale maggioranza governativa che vieta esplicitamente l'impiego di personale, strumenti e farmaci del Ssn per agevolare il Sma.

Conclusioni

In linea con questa analisi, per i malati sembra quindi che il tema centrale sia solo sapere che la relazione di cura con i professionisti sanitari sia gestita in una rete di cura e supporto in grado di garantire le specifiche competenze idonee ad affrontare l'insieme dei bisogni di salute che si produrranno nel corso della malattia. Ma anche di sapere che a un certo punto il Sma potrà entrare a far parte delle opzioni possibili senza essere abbandonati[44].

La risposta della medicina non dovrebbe essere lasciata alla variabilità della sensibilità individuale; dovrebbe trovare invece le sue radici in una consolidata cultura dell'accompagnamento che sia in grado di vincere l'emarginazione generata dalla malattia come è nel patrimonio culturale delle CP.

I palliativisti, a loro volta, dovrebbero affermare questa cultura e diffonderla sia per farla crescere nell'intera popolazione, sia per sfidare la medicina a risolvere la sua crisi scegliendo di essere «preventiva, sociale, collettiva e umana»[45] e ad aprirsi alla necessaria risignificazione, nella società moderna, dei rapporti tra vita, dolore, malattia e morte.

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

Bibliografia

1. Corte costituzionale. Giudizio di legittimità costituzionale in via incidentale. Sentenza 242/2019 GU. 27.11.2019 n.48. Disponibile su: https://shorturl.at/JZRyQ [ultimo accesso 22 maggio 2026].
2. Martini F. Suicidio assistito, il Senato mette la pietra tombale sulla legge. Il Manifesto 2026; 4 giugno. Disponibile su: https://short.do/M41EeN [ultimo accesso 22 maggio 2026].
3. Spinsanti S. È di scena la commissione per il suicidio assistito. Rivista Italiana di Cure Palliative 2025; 27: 176-8.
4. Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Il rapporto tra le cure palliative e il suicidio medicalmente assistito. Position Paper della Società Italiana di Cure Palliative, elaborato dal Comitato per le Questioni Etiche multidisciplinare e multiprofessionale, e approvato dal Consiglio Direttivo il 5 giugno Disponibile su https://shorturl.at/Z93x5 [ultimo accesso 17 giugno 2026].
5. Società Italiana Cure Palliative. 13.03.2026. Incontro in Regione Piemonte tra gli Assessori Riboldi e Marrone e la SICP. Disponibile su: https://shorturl.at/6qTZ8 [ultimo accesso 22 maggio 2026].
6. Tripodoro VA, Fidalgo JFL, Pons JJ, et al. First-ever global ranking of palliative care: 2025 world map under the new WHO framework. J Pain Symptom Manage 2025; 70: 447-58.
7. Rosa WE, Ursoleo JD, Connor S, et al. Palliative care integration in primary health care across the life course: a global health imperative. The Lancet Primary Care 2026; 2.
8. Società Italiana Cure Palliative. Cure palliative, copertura del bisogno in aumento, ma ancora solo il 33% dei malati assistiti. A forte rischio obiettivo copertura 90% entro il 2028 – Comunicato Congiunto SICP-FCP. Disponibile su: https://shorturl.at/Xp5xI [ultimo accesso 22 maggio 2026].
9. Pessina A. Un'implicita istigazione al suicidio. Cattolica News 2019; 26 settembre. Disponibile su: https://shorturl.at/sH0xb [ultimo accesso 23 maggio 2026].
10. Girani R. La disciplina del suicidio assistito nell'ordinamento elvetico: il fenomeno del c.d. "suicide tourism" dall'Italia alla Svizzera. BioLaw 2023; (3): 165-90.
11. Downar J, MacDonald S, Buchman S. What drives requests for MAiD? CMAJ 2023; 195: E 1385-E1387.
12. Joolaee S, Ho A, Serota K, et al. Medical assistance in dying legislation: Hospice palliative care providers' perspectives. Nurs Ethics 2022; 29: 231-44.
13. Wales J, Isenberg SR, Wegier P, et al. Providing medical assistance in dying within a home palliative care program in Toronto, Canada: an observational study of the first year of experience. J Palliat Med 2018; 21: 1573-9.
14. Munro C, Romanova A, Webber C, et al. Involvement of palliative care in patients requesting medical assistance in dying. Can Fam Physician 2020; 66: 833-42.

- Copyright - Il Pensiero Scientifico Editore downloaded by IP 18.97.9.174 Fri, 06 Nov 2026, 20:14:12

15. Downar J, MacDonald S, Buchman S. Medical assistance in dying and palliative care: shared trajectories. J Palliat Med 2023; 26: 896-9.
16. De Lima L, Woodruff R, Pettus, K, et al. International association for hospice and palliative care position statement: euthanasia and physician-assisted suicide. J Palliat Med 2017; 20: 8-14.
17. Barsness JG, Regnier CR, Hook CC, et al. US medical and surgical society position statements on physician-assisted suicide and euthanasia: a review. BMC Med Ethics 2020; 21: 111.
18. Sprung CL, Somerville MA, Radbruch L, et al. Physician-assisted suicide and euthanasia: emerging issues from a global perspective. J Palliat Care 2018; 33: 197-203.
19. Radbruch L, Leget C, Bahr P, et al. Board Members of EAPC. Euthanasia and physician-assisted suicide: a white paper from the European Association for Palliative Care. Palliat Med 2016; 30: 104-16.
20. Audizione FNOMCeO presso le Commissioni riunite Giustizia e Affari Sociali Camera dei Deputati 30 maggio 2019. Disponibile su: https://shorturl.at/9TIxF [ultimo accesso 22 maggio 2026].
21. Curi U. Medicina e cure palliative: un conflitto fra paradigmi inconciliabili? Rivista Italiana di Cure Palliative 2019; 21: 236-8.
22. Orsi L. I confini fra etica e medicina (1° parte). Rivista Italiana di Cure Palliative 2019; 21: 81-4.
23. Orsi L. I confini fra etica e medicina (2° parte). Rivista Italiana di Cure Palliative 2019; 21: 143-8.
24. Foucault M. Nascita della clinica. Torino: Einaudi, 1969.
25. World Health Organization. Constitution art. 1. Disponibile su: https://shorturl.at/QX13t [ultimo accesso 26 maggio 2026].
26. Noe-Steinmuller N, Scherbakov D, Zhuravlyova A, et al. Defining suffering in pain: a systematic review on pain-related suffering using natural language processing. Pain 2024; 165: 1434-49.
27. Krikorian A, Limonero J. An integrated view of suffering in palliative care. J Palliat Care 2012; 28: 41-9.
28. Saitto C. La comunità tra partecipazione locale e stato sociale. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2026.
29. Barbagli F. Dove muoiono gli italiani. Neodemos 2018; 6 marzo. Disponibile su: https://shorturl.at/xc5KG [ultimo accesso 28 maggio 2026].
30. Sallnow L, Smith R, Ahmedzai SH, et al; Lancet Commission on the Value of Death. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Lancet 2022; 399: 837-84.
31. Lehto HR, Jain N, Manning KA, et al. Timing and content of serious illness conversations for patients with advanced heart failure in a specialty-aligned palliative care service. Heart Lung 2025; 69: 1-10.
32. Mandel EI, Bernacki RE, Block SD. Serious Illness Conversations in ESRD. Clin J Am Soc Nephrol 2017; 12: 854-63.
33. Lakin JR, Arnold CG, Catzen HZ, et al. Early serious illness communication in hospitalized patients: a study of the implementation of the Speaking About Goals and Expectations (SAGE) program. Healthc 2021; 9: 100510.
34. Madsen R, Larsen P, Fiala Carlsen AM, Marcussen J. Nursing care and nurses' understandings of grief and bereavement among patients and families during cancer illness and death. A scoping review. Eur J Oncol Nurs 2023; 62: 102260.
35. Berwick DM. Salve Lucrum: the existential threat of greed in US health care. JAMA 2023; 329: 629-30.
36. Mulinari S, Ozieranski P. Unethical pharmaceutical marketing: a common problem requiring collective responsibility. BMJ 2023; 382: e076173.
37. Bach-Mortensen AM, Goodair B, Barlow J. Outsourcing and children's social care services: an observational longitudinal analysis of inspection outcomes among English children's homes and local authorities. Lancet 2022; 400 Suppl 1: S14.
38. Byock I. A Strategic path forward for hospice and palliative care: a White Paper on the potential future of the field. Palliat Med Rep 2025; 6: 308-23.
39. Gristina GR. Diritto alla salute e alla sua tutela: principi fondamentali del sistema sanitario universalistico. Recenti Prog Med 2023; 114: 581-9.
40. Rodríguez-Prat A, Balaguer A, Booth A, et al. Understanding patients' experiences of the wish to hasten death: an updated and expanded systematic review and metaethnography. BMJ Open 2017; 7: e016659.
41. Gristina GR. "Per il loro bene". La morte medicalmente assistita: un diritto per chi? Recenti Prog Med 2025; 116: 20-41.
42. Toscani F. Le cure palliative: la medicina sfidata a cambiar pelle. Scienzainrete 2020; 23 agosto. Disponibile su: https://shorturl.at/3B8cd [ultimo accesso 23 maggio 2026].
43. Insalute News. Privatizzazione strisciante del SSN: l'analisi GIMBE che smaschera il nuovo ecosistema della sanità italiana. 26.11.2025. Disponibile su: https://shorturl.at/aiQlo [ultimo accesso 2 giugno 2026.
44. Michael N, Jones D, Kernick L, Kissane D. Does voluntary assisted dying impact quality palliative care? A retrospective mixed-method study. BMJ Support Palliat Care 2025 Sep 14: spcare-2024-004946.
45. Ferrara E (a cura di). L'umanità di uno scienziato. Antologia di Giulio A. Maccacaro. Roma: Edizioni dell'asino, 2010.

Indirizzo per la corrispondenza:
Giuseppe R. Gristina
E-mail: geigris@fastwebnet.it