



FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

AISLA Firenze



"La Persona con SLA: com'è mutato il percorso di presa in carico e di cura con il PDTAS regionale"

Le Cure Palliative: una scelta di cura sempre possibile?

Stefania Bastianello



Sig.a F.

- 75 anni
 - Vive con il compagno conosciuto poco prima della diagnosi, non ha figli
 - Rapporti tesi con la famiglia di origine, rete amicale quasi assente
 - Situazione socio-economica molto fragile
 - Disfagia
 - Marcata disartria
 - Deficit Respiratorio
 - Non autosufficiente ADL
- F. rifiuta ogni forma di trattamento invasivo. Vorrebbe mettere per iscritto le sue volontà per evitare che possano essere prese scelte sulla sua salute dai suoi familiari.
 - Vorrebbe sposare il suo compagno prima di morire.
 - Desidera tornare nella sua città natale, per vederla un'ultima volta e che vengano attivate le Cure Palliative «per morire dignitosamente».
- F. è morta sola in un Hospice lontano da casa; nessuna struttura della sua provincia è stata in grado di accoglierla.
 - Non è riuscita a sposare il suo compagno, nè a vedere la sua città un'ultima volta.
 - AISLA ha sostenuto le spese per il rientro della salma e per i funerali



Sig. M.

- 55 anni
 - Vive con la moglie e una figlia
 - Famiglia presente
 - Situazione socio-economica discreta
 - Anartria (No Comunicatore)
 - NIV H24
 - PEG
 - Tetraplegia
- M. desidera revocare il consenso alla NIV
 - Si è informato per SMA in Svizzera
 - E' in CP domiciliari: l'èquipe NON ha mai assistito persone con SLA
 - L'èquipe NON conosce la Legge 219/2017
 - Viene suggerito passaggio in Hospice
 - AISLA ha dialogato con èquipe domiciliare e con Hospice



Sig.a G.

- 59 anni
- SLA familiare
- Post diagnosi, sottoscrive con DAT no tracheo
- Dopo 3 mesi crisi respiratoria: il medico di PS comunica necessità tracheo o rientro immediato al domicilio
- G. acconsente alla tracheo

- Dopo 2 mesi G. decide di voler interrompere la ventilazione invasiva
- Nessun PCC
- Nessuna conoscenza e/o attivazione Cure Palliative
- Totale mancanza processo comunicativo e di supporto



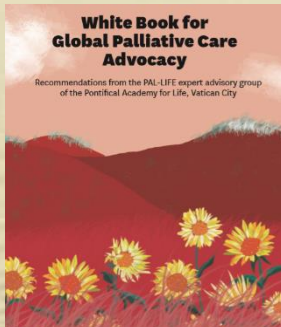
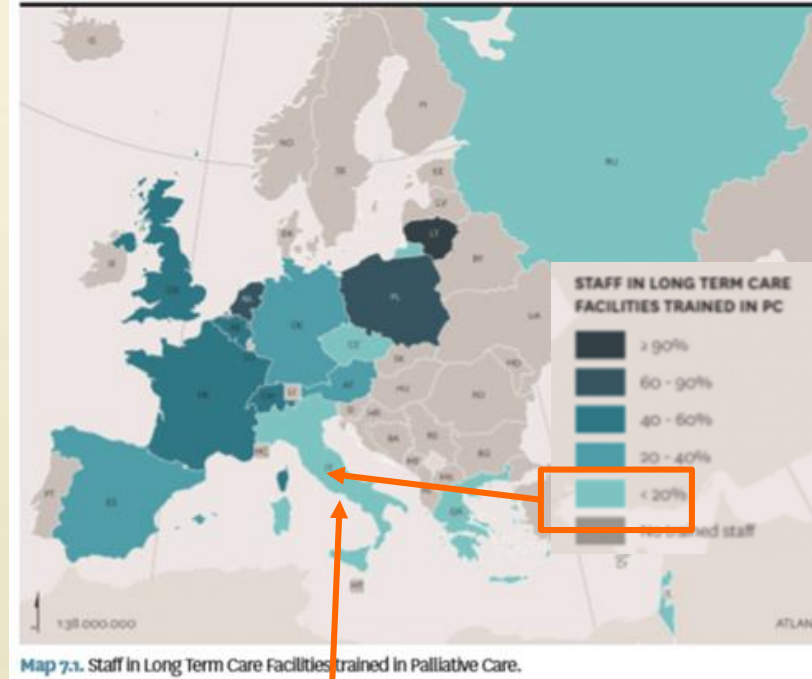
FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Alcuni dati europei

Chapter 4. Palliative medicine education across Europe



Chapter 7. Integration of Palliative Care in Long-Term Care Facilities in 18 European countries



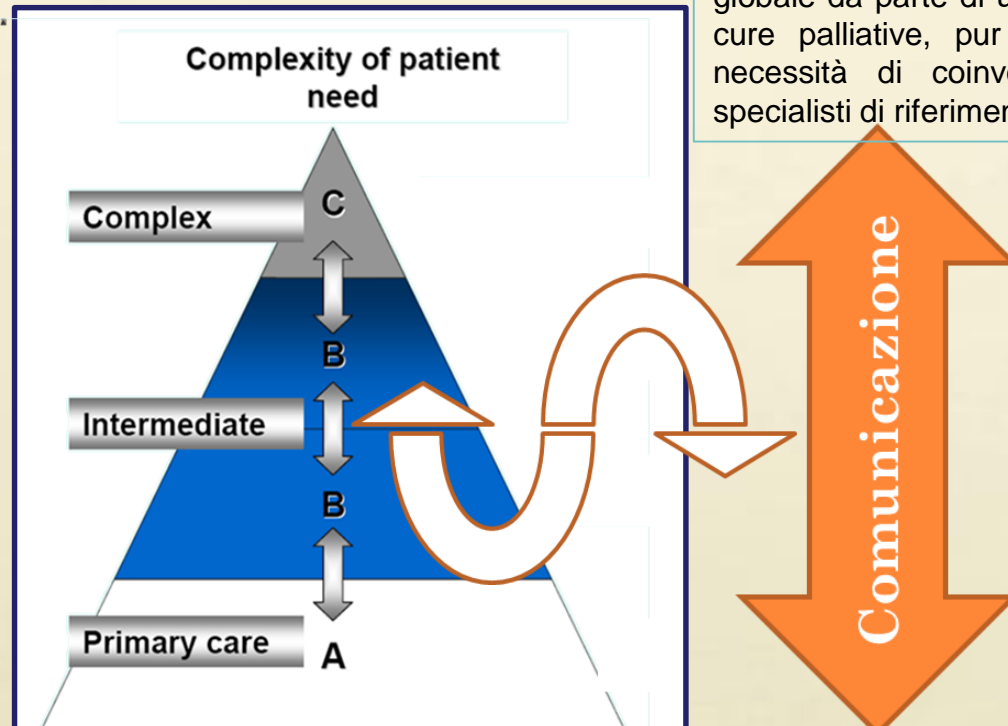
- ❑ All academic institutions offering degrees in healthcare-related fields should include mandatory Palliative Care courses as part of the undergraduate curricula
- ❑ To include palliative care as an independent, longitudinal subject in the curricula of medical and nursing schools
- ❑ Policymakers must ensure universal palliative care training among healthcare professionals who treat patients with chronic progressive diseases



La complessità...

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Media complessità – caratterizza malati ancora seguiti da medici/equipe non specialistiche di cure palliative, con bisogni di complessità moderata che necessitano però delle competenze ed esperienze di una équipe specialistica di cure palliative. Quest'ultima non opera una presa in carico globale ed esclusiva ma si affianca agli operatori che seguono il malato per un percorso di cura condiviso ("shared care").



Alta complessità – caratterizza malati con bisogni complessi, coerenti con la necessità di una presa in carico di tipo intensivo e globale da parte di un'équipe specialistica di cure palliative, pur potendo prevedere la necessità di coinvolgere il MMG o gli specialisti di riferimento per la patologia.

Currow DC, Phillips J, Agar M. "Population-based models of planning for palliative care in older people" Curr. Opin. Supp. Palliative care 2017;

Bassa complessità – caratterizza malati con bisogni di cure palliative a minore complessità (ad es. in fase precoce di malattia e/o con un discreto livello di stabilità clinica). Per questi malati non è solitamente necessario l'intervento diretto di una équipe specialistica. Le cure palliative sono fornite da personale "non specialistico" (e quindi non dedicato) con competenze di base in cure palliative.



Palliative care
education and training improves knowledge, skills,
and competences (**especially communication**)



FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



Roma, 19 gennaio 2018

COMUNICATO STAMPA

**Udienza presso il Presidente della Repubblica Italiana del Consiglio Direttivo della SICP,
di FCP e di una ampia rappresentanza del mondo delle Cure Palliative italiana.**

Roma, 19 ge
Consiglio Di
rappresenta
In clima di
partecipata
la diffusione
Palliative) Ita
Sezione O c
Trizzino, già

L'accesso alle Cure Palliative resta, oggi in Italia, una possibilità per pochi. **I malati affetti da patologie non oncologiche sono quasi completamente esclusi.** Le Cure Palliative Pediatriche si limitano all'esperienza di pochissimi centri di eccellenza. Le cure palliative nelle RSA e nei reparti ospedalieri per acuti si limitano a sporadiche esperienze.

Al Presidente Mattarella sono stati illustrati in particolare i seguenti problemi che ostacolano il completamento dello sviluppo delle cure palliative in Italia e le azioni necessarie per il loro superamento:

Stimolare gli Assessorati Regionali della Sanità a costituire o completare con adeguato finanziamento le Reti Regionali e Locali di Cure Palliative per **rendere omogeneo e esigibile il diritto di accesso** tali cure, **per qualunque patologia evolutiva durante tutto il suo decorso, per ogni età e in ogni luogo di cura**, come sancito dalla Legge 38/10.

dalla Legge 38/10 e successivi Atti di Intesa Stato-Regioni.





Il nuovo scenario...

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Cambiamenti demografici =>

nel 2050 le persone
con età > 60 anni triplicherà



Italia

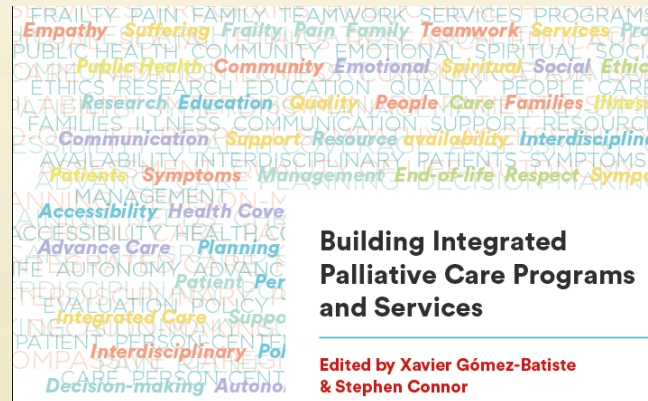
- ❑ Stima **prevalenza** dei pazienti con bisogni di cure palliative (popolazione adulta): 524.000 -733.000 (1-1.4%)
- ❑ Stima **incidenza** dei pazienti con bisogni di cure palliative nel loro ultimo periodo di vita (popolazione adulta): 293.000 pazienti / anno (stima OMS – **560 ogni 100.000 residenti adulti**). Di questi, il **60%** con malattie diverse dal cancro e il **40%** con cancro
- ❑ **35.000** bambini con bisogni di cure palliative; di questi bambini, circa **l'85%** è affetto da patologie non oncologiche



Obiettivo: evoluzione del modello...

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

**Xavier Gomez Batiste -
Istituto Catalano di
oncologia di Barcellona
- esperto per l'OMS per
la programmazione in
ambito di cure palliative**



Building Integrated Palliative Care Programs and Services

Edited by Xavier Gómez-Batiste
& Stephen Connor

Change from



Change to

Terminalità

Patologia Cronica Progressiva in fase avanzata

Prognosi di settimane o giorni

Aspettative di vita limitate

Tumore

Tutte le condizioni croniche progressive

Decorso progressivo

Decorso progressivo con frequenti crisi

Dicotomia curativo-palliativo

Sincronia, cure condivise e simultanee

Prognosi come criterio per l'intervento dei servizi specialistici

Complessità come criterio

Ruolo passivo del paziente

Pianificazione anticipata delle cure

Servizi Specialistici

Attività in **tutti i setting** di cura

Approccio istituzionale

Approccio di **comunità**

Cure frammentate

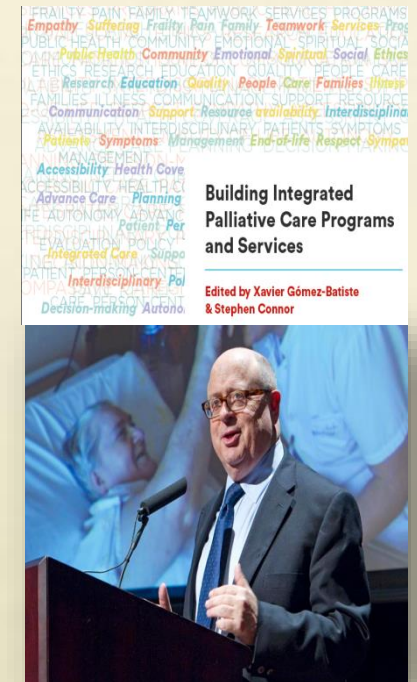
Cure integrate



FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Le patologie coinvolte

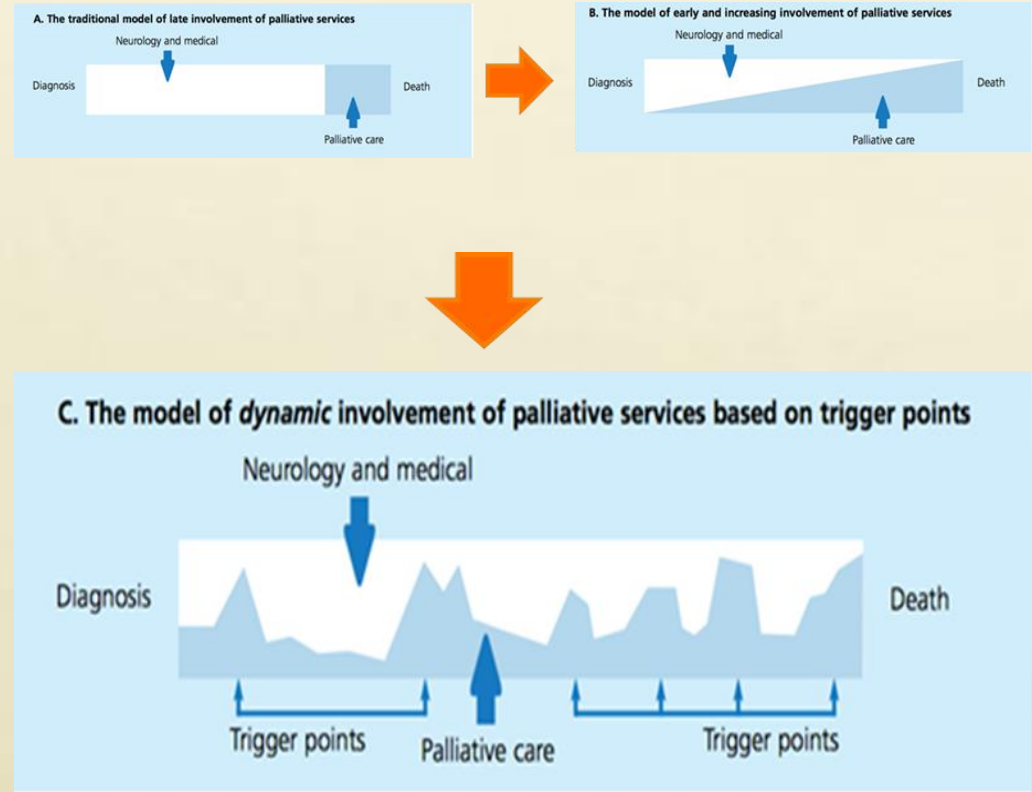
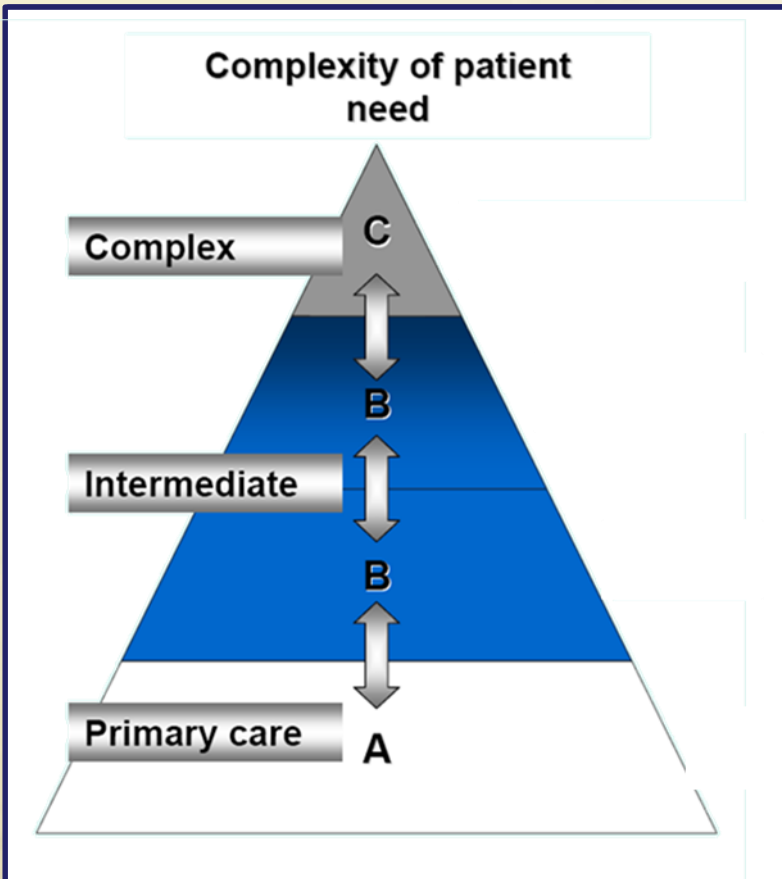
- Cancro
- Malattie cardiovascolari
- BPCO
- Diabete
- Demenza
- HIV/AIDS
- Parkinson
- SLA**
- Altre malattie neurologiche
- Insufficienza renale
- Insufficienza epatica





Complessità – evoluzione modello

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



Currow DC, Phillips J, Agar M. "Population-based models of planning for palliative care in older people" Curr. Opin. Supp. Palliative care 2017;



Legge 219/2017

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Art. 5.

Pianificazione Condivisa delle Cure

Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una **patologia cronica e invalidante** o

caratterizzata da inarrestabile evoluzione con **prognosi infausta**, può essere realizzata una **pianificazione delle cure condivisa** tra il paziente e il medico, alla quale il **medico** e **l'equipe** sanitaria sono tenuti ad **attenersi** qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità



Knowledge of Law 219/2017: Provisions for Informed Consent and Advanced Directives Treatment

D. TARQUINI, D. CATTANEO, E. PUCCI
Gruppo di Studio Bioetica e Cure Palliative della SIN

Introduction

OBJECTIVE: evaluate the activity of neurologists on Informed Consent and Advanced care Planning (ACP, Pianificazione Condivisa delle Cure) based on the law 219/2017.
DESIGN: on line survey among the members of Italian Neurology Society (SIN).

Method

The Bioethics and Palliative Care Study Group of SIN discussed the application of law 219/2017, then carried out a survey within the subgroup on knowledge and application of articles 1 paragraph 10; 5 paragraphs 1, 2, 4, then sent it to all the SIN members on March 24, 2019, the survey ended on April 14th.

Conclusion

The most striking fact is the very low number of replies to the survey, which could mean little interest on this topic. The majority of participants do not know difference between ACP and DAT which may be indicative of an ignorance of the law 219/17. The other datum is the scarcity of education and training programs, whereas, given the paramount consequences in clinical practice of the law, dissemination and continuing medical education on these topics should be a priority.



Bibliografia

Legge 22 dicembre 2017, n. 219. "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento". GU Serie Generale n.12 del 16-01-2018.

Sin

50° CONGRESSO NAZIONALE
12 - 15 OTTOBRE 2019 - BOLOGNA



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA



Legge 219/2017

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Per l'èquipe:

- Come reale **strumento operativo**
- Per definire insieme gli **obiettivi** di cura
- Per un modello di cure **appropriato**
- Per ridurre lo stress degli **operatori**

Per la persona malata:

- Per **comprendere** diagnosi e prognosi
- Per **elaborare** e **confrontare** proposte terapeutiche
- Per **esprimere** una scelta valoriale



Regione Toscana

PARERE NR. 1
DEL 14/06/2019

Commissione Regionale di
Bioetica

*“La pianificazione
condivisa delle cure nei
pazienti con declino
cognitivo”*

...valorizzare la "moral agency" della persona, anche affetta da decadimento cognitivo. Tale termine riassume in sé la capacità della persona di avere, oltre a capacità critiche razionali, anche la capacità di distinguere ciò che è bene per sé, di esprimere sentimenti, di formulare giudizi di valore, come esito dell'esperienza di una vita. Supera la tradizionale valutazione con test psicometrici, cerca una misura globale della persona che vada oltre le sue competenze cognitive



- ✓ **veritiera** - che abbia i contenuti di realtà
- ✓ **completa** – che consideri tutti gli aspetti della malattia
- ✓ **tracciabile** – che si possa leggere nella documentazione sanitaria
- ✓ **personalizzata** – che sia coerente con lo stato clinico, psicologico, sociale, spirituale e culturale del malato e che tenga conto della *biografia* della persona malata
- ✓ **omogenea** – coerenza e omogeneità tra i diversi membri del team curante nel contenuto delle informazioni fornite
- ✓ **partecipata** – che renda possibile l'espressione della emotività da parte della persona malata e/o dei suoi familiari
- ✓ **negoziale** – capace di prevenire possibili conflitti con i familiari e tra i familiari

Palliative sedation in a patient with locked-in syndrome (called also disconnection medullo-cerebro-spinal) for amyotrophic lateral sclerosis

M. Perini¹ - S. Vernocchi² - A. Aceranti²

1. Università degli Studi di Chiasso (CH) - 2. Istituto Europeo di Scienze Forensi e Biomediche

We describe a case of a 69 year old woman, guest for 8 years in Leopardi Assisted Health Residence in Legnano (Milan), suffering of amyotrophic lateral sclerosis, quadriplegic, fed by gavage, through a tracheostomy connected to a ventilator, breezy 24 hours per day, unable to move any muscle if not the right eye external rectum, for 6

Sin

30° CONGRESSO NAZIONALE
12 - 15 OTTOBRE 2019 - BOLOGNA

... ha espresso fermamente il desiderio di morire, mentre i suoi figli erano contrari. Abbiamo chiesto al Comitato Etico della ASL di Milano circa la sedazione palliativa. E' stata praticata una sedazione continua con 30mg/die di morfina e 25mg/die midazolam per 155 giorni.



VIEWS AND REVIEWS

ACUTE PERSPECTIVE

David Oliver: What to say when patients are "sick enough to die"

David Oliver consultant in geriatrics and acute general medicine

One weekend, as a consultant for acute admissions, I spoke to the families of three patients and explained that their relative was critically ill and would probably die soon. Two of those patients rallied sufficiently to return home days later.

The next week on my ward I had similar chats with three other patients and their families. Death followed within hours, their symptoms well palliated. We also got two more patients home, whose admitting doctors had said to expect the worst and who had moved away from active intervention to supportive care.

I've practised at the acute end of geriatrics and internal medicine for 30 years. Like many colleagues I find such conversations and scenarios commonplace yet critical. Very sick people present acutely or deteriorate quickly, necessitating time critical assessments. But those few days made me reflect on my practice, even as a veteran. Had I become too eager to give people the direct, unvarnished truth? Was I too hasty in deciding that death was imminent? Was my judgment failing me?

I reflected further and spoke to colleagues. I re-read the NICE guidelines on *Care of Dying Adults in the Last Days of Life*,¹ which state that recognising imminent death is a crucial first step in optimal care. I was reminded of some truths from my own experience and from the literature.

Discussion and involvement

First, patients' families are far more likely to be distressed by clinical teams not explaining how sick their loved ones are, than by doctors openly discussing the issue and involving them in decisions.² Some people won't welcome unexpected conversations about dying, however sensitively handled—but they'll be in a minority. Most people value discussion and involvement. The National Survey of Bereaved People and the National Audit of End of Life Care in Hospitals³ make that clear, as does the Royal College of Physicians' *Talking About Dying*.^{4,5} Communication failings

someone is dying, or at very high risk, patients and families are left in limbo. If doctors are resolved to have these difficult conversations we can't equivocate or eschew plain language.

Third, it's not enough to have the conversation once. To be clear and direct you need to go back and have it as many times as needed for people to come to terms with what can be shocking news.⁶

Finally, while our language should be direct and unequivocal, that doesn't mean that we should be more confident in predicting imminent death than the evidence allows. Early warning scores for physiologically deteriorating patients, or scores such as APACHE for those with sepsis or intensive care needs, have strong correlations with risk of death and good predictive validity, but peer reviewed analyses of big datasets show that they're not infallible.^{7,8} Besides, they depend on individual context: how much intervention we give and for how long.

Major variations

A 2016 systematic review by White and colleagues found that, even when experienced doctors were accurate in identifying sick (especially in non-cancer diagnoses), there were variations in their ability to predict accurately how long someone would live. Some question families often ask us.⁹ We can be optimistic, but we tend towards the pessimistic. Doctors aren't necessarily more

Families do want honest, timely, clear communication. We need to ensure that they understand and accept what we've explained. But we also need to be honest about uncertainty. In Kathryn Mannix's wonderful book *With the End in Mind*,¹⁰ based on her experiences in palliative medicine, she recommends using the phrase "sick enough to die" and then discussing both end-of-life care and survival

Una revisione sistematica del 2016 condotta da White e colleghi ha scoperto che, anche quando i medici esperti identificavano accuratamente la traiettoria di fine vita (specialmente nelle diagnosi non tumorali), c'erano notevoli variazioni nella loro capacità di prevedere con **precisione** le tempistiche del paziente: domanda che spesso le famiglie pongono. Possiamo essere sia sotto-ottimistici che eccessivamente ottimisti, ma tendiamo al primo. E i medici senior non necessariamente sono più precisi. Pertanto, i pazienti e le loro famiglie desiderano conversazioni oneste, tempestive e chiare e dobbiamo assicurarci che comprendano e accettino ciò che abbiamo spiegato. Ma dobbiamo anche essere onesti **sull'incertezza**. Nel meraviglioso libro di Kathryn Mannix «With the End in Mind», basato sulle sue esperienze in cure palliative, si raccomanda di usare la frase "abbastanza malato da morire" e di discutere sia l'assistenza di fine vita sia gli scenari di sopravvivenza. È un buon consiglio, ed è quello che faccio ora.



Il Consenso Informato in CP

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



13 IL CONSENSO INFORMATO
NELLE CURE PALLIATIVE
DOMICILIARI ;

DATI RELATIVI AL PAZIENTE

COGNOME _____
NOME _____

DATA DI NASCITA _____

LUOGO DI NASCITA _____

RESIDENZA _____

CODICE FISCALE _____

MMG/PLS _____

In data odierna si è tenuto, presso il domicilio del paziente un incontro fra lui/lei e l'equipe sanitaria, costituita dai seguenti professionisti sanitari, coinvolti nel percorso di cure:

_____ (qualifica) _____

_____ (qualifica) _____

_____ (qualifica) _____

_____ (qualifica) _____

Risultano inoltre presenti, secondo le volontà del paziente, i seguenti familiari / parte dell'unione civile / il convivente / persone di sua fiducia:

Sig. _____ (qualifica) _____

Sig. _____ (qualifica) _____

Sig. _____ (qualifica) _____



Il Consenso Informato in CP

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



13 IL CONSENSO INFORMATO
NELLE CURE PALLIATIVE
DOMICILIARI ;

PARTE A

Obiettivo del colloquio è la raccolta del Consenso Informato al percorso di Cure Palliative domiciliari, nello specifico riferita alla evoluzione della/delle patologia/e

da cui attualmente è affetto il paziente.

I professionisti sanitari, secondo le rispettive competenze, forniscono, anche in risposta ai quesiti posti dal paziente, e ai bisogni individuati, le opportune informazioni ed ogni ulteriore chiarimento riguardo le condizioni cliniche in atto, prospettando inoltre la loro probabile evoluzione nel tempo; al paziente vengono inoltre illustrate le risorse terapeutiche al momento disponibili, nonché gli obiettivi terapeutici del percorso di cure palliative, precisando i principali vantaggi ed i rischi ad esse correlati, nonché le presumibili conseguenze in caso di loro mancata attivazione.

Il/la paziente dichiara di avere ricevuto adeguate informazioni e di averle ben comprese, anche rispetto alle domande poste; sia in merito agli scopi e al tipo di assistenza, sia in merito al trattamento dei suoi dati in conformità a quanto riportato nell'informativa allegata (ogni ente erogatore allega la propria documentazione);

Il/la paziente esprime il proprio Consenso Informato al percorso di Cure Palliative domiciliari;

Il/la paziente dichiara inoltre di essere consapevole di avere la possibilità in qualsiasi momento di revocare il Consenso prestato;

Il/la paziente indica quale caregiver principale il Sig./la Sig.ra

Il presente documento è redatto in conformità a quanto indicato dall'art. 1, commi 3 e 4, della L. 219/2017 ed è sottoscritto da tutti i presenti

Trattandosi di soggetto impossibilitato a sottoscrivere questo modulo il Consenso Informato è stato raccolto mediante videoregistrazione che, registrata su idoneo supporto (CD, chiavetta USB, ecc.), è stato inserito nella documentazione sanitaria.

Il paziente _____ (firma)

Il caregiver _____ (firma)

Equipe sanitaria:

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

PARTE B

Il/la paziente, in conformità con quanto espresso dall'Art.1, Comma 3 della Legge 219/2017 rifiuta di ricevere le informazioni riguardo le condizioni cliniche in atto, nonché alla loro probabile evoluzione nel tempo.

Il/la paziente nomina il Sig./la Sig.ra

quale proprio fiduciario, che presta in sua vece il **Consenso Informato al percorso di Cure Palliative domiciliari** che potrà relazionarsi con l'equipe sanitaria.

Trattandosi di soggetto impossibilitato a sottoscrivere questo modulo il Consenso Informato è stato raccolto mediante videoregistrazione che, registrata su idoneo supporto (CD, chiavetta USB, ecc.), è stato inserito nella documentazione sanitaria

Il paziente _____ (firma)

Il caregiver _____ (firma)

Equipe sanitaria:

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

_____ (qualifica e firma)

Luogo _____

Data _____



ASSOCIAZIONE ITALIANA
SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA



Legge 219/2017

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

PCC



Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 159° - Numero 12

GAZZETTA UFFICIALE

DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA Roma - Martedì, 16 gennaio 2018

SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO
PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La Gazzetta Ufficiale, Parte Prima, oltre alla Serie Generale, pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:

- 1ª Serie speciale: Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)
- 2ª Serie speciale: Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)
- 3ª Serie speciale: Regioni (pubblicata il sabato)
- 4ª Serie speciale: Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)
- 5ª Serie speciale: Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)

La Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda, "Foglio delle inserzioni", è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato



Take Home Message



Le PCC:

- ✓ riguardano la persona con malattia «**inguaribile**»;
- ✓ sono **vincolanti** per l'équipe sanitaria;
- ✓ **Non** devono essere depositate in comune (o dal notaio);



Esempio PCC

FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE

Il sottoscritto.....

nel pieno possesso delle mie facoltà psichiche e mentali accertate dal

Dr.il

CONSAPEVOLE

di essere affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica

che non ci sono trattamenti specifici per questa malattia in stadio avanzato in grado di modificare il decorso della malattia
[...]

DICHIARO

- ✓ **il mio dissenso informato alla ventilazione artificiale invasiva in quanto la ritengo non adeguata al mio vissuto, costituendo per me una gravosità insostenibile**
- ✓ **il mio dissenso informato a qualsiasi forma di alimentazione e idratazione artificiale**
- ✓ **il mio dissenso informato a qualsiasi forma di rianimazione o continuazione dell'esistenza dipendente da apparecchiature**

Inoltre dichiaro che questa scelta non è motivata da:

Condizioni di non libertà nella manifestazione di volontà;

Dalla presenza di sintomi di sofferenza che non siano stati precedentemente trattati;

Che ha avuto un lungo iter di riflessioni con

Il Dr ed il Dr.

Richiedo di affrontare lo stato di sofferenza fisica, che eventualmente si instaurerà, con un trattamento di sedazione farmacologica profonda che può determinare la completa abolizione dello stato di coscienza. Chiedo inoltre che il trattamento di controllo farmacologico dei sintomi refrattari e di sedazione palliativa venga effettuato senza ricorrere alla via endovenosa.

Ai fini dell'attuazione delle volontà espressa nel presente NOMINO mio rappresentante fiduciario

Sig./Sig.ra





FEDERAZIONE
CURE PALLIATIVE



Cure Palliative: un valore, un diritto