

Milano, 23 maggio 2024

## **AUDIZIONE al SENATO**

### **2° Commissione Giustizia**

### **10° Commissione Affari sociali, sanità, lavoro pubblico e privato, previdenza sociale**

**28/5/2024**

**Considerazioni della Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e della Federazione Cure Palliative (FCP) sulle proposte di legge “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita” e “Modifiche all’articolo 580 del Codice penale e modifiche alla legge 22dicembre 2017, n.219”.**

In merito alle tematiche prese in considerazione dai Disegni di Legge (DDL) in esame presso codesta Commissioni, la SICP e la FCP ribadiscono quanto già affermato in precedenti comunicati stampa<sup>1</sup>.

In via sintetica e sotto un profilo generale la SICP e la FCP precisano che:

1. l’iter parlamentare di discussione di una legge sulla Morte Medicalmente Assistita (MMA- eutanasia o suicidio medicalmente assistito) dovrebbe avvenire nel contesto di un dibattito aperto e rispettoso basato su solide evidenze scientifiche e che veda coinvolta la società civile ed i professionisti sanitari, anche al fine di superare la confusione nella comunicazione di massa e nel confronto pubblico fra le Cure Palliative e la sedazione palliativa da un lato e la MMA dall’altro. Si tratta, infatti, di fattispecie diverse sotto il profilo etico e fattuale che non vanno confuse;
2. per definizione<sup>2</sup> le Cure Palliative sono contrarie sia all’abbreviazione sia l’allungamento della fase terminale della vita pur ammettendo che anche il miglior sistema di offerta ed erogazione di Cure Palliative, nonostante riduca in modo molto rilevante la domanda di aiuto a morire, non la annulla. Infatti, vi sono persone gravemente malate o con gravissime disabilità che, pur trattate con le migliori Cure Palliative, richiedono di anticipare la loro morte. Parimenti vi sono persone malate che rifiutano consapevolmente l’offerta di Cure Palliative poiché non sono disposte ad affrontare la parte finale del loro percorso di malattia. I dati della letteratura scientifica e l’esperienza internazionale ove vi sono leggi sulla MMA, confermano che in queste persone la richiesta di morire anticipatamente risponde non tanto ad un insufficiente controllo delle sofferenze, quanto ad un rifiuto di continuare a vivere in quelle condizioni di malattia che sono da loro giudicate non dignitose, non coerenti con il loro progetto di vita, con le loro preferenze, desideri, volontà e concezioni identitarie;
3. vada valutata molto positivamente la perentoria indicazione della Corte costituzionale e di alcuni DDL di implementare l’offerta di Cure Palliative ai malati che fanno richiesta di MMA al fine di prevenire un improprio ricorso alla MMA in casi di sofferenze fisiche o psico-esistenziali controllabili da efficaci Cure Palliative;

---

<sup>1</sup> <https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2022/03/comunicato-stampa-sicp-2/> ;  
<https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/11/comunicato-stampa-sicp-fcp-3/>;  
<https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/10/comunicato-stampa-sicp-fcp-2/>;  
<https://www.sicp.it/informazione/comunicati/2019/04/audizione-della-sicp-alla-camera-dei-deputati-su-eutanasia-e-suicidio-medicalmente-assistit/>

<sup>2</sup> come testimoniato dalle storiche definizioni della WHO (World Health Organization)

<https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> e della EAPC (European Association for Palliative Care) <https://www.eapcnet.eu/about-us/what-we-do> ).

4. vada ribadito che l'attuale offerta di Cure Palliative è insufficientemente garantita su quasi tutto il territorio nazionale poiché l'implementazione delle Reti Locali e Regionali di Cure Palliative prevista dalla Legge 38/10 è gravemente deficitaria in molte Regioni italiane; l'offerta omogenea di Cure Palliative in tutto il territorio nazionale deve rappresentare una priorità assoluta per le politiche della Sanità;
5. vada ricordato che la Legge 38/10 deve essere uniformemente implementata anche per quanto riguarda la formazione universitaria pre e post-laurea al fine di fornire adeguate competenze professionali ai sanitari oltre che per fornire una adeguata informazione ai cittadini che a tutt'oggi conoscono poco le Cure Palliative e il diritto ad accedervi;
6. vada confermato il grande valore della Legge 219/17 nel migliorare i percorsi di cura dei malati in fase avanzata e terminale grazie alla valorizzazione delle loro volontà e preferenze nella attuazione dei percorsi di cura, ma esprimono una viva preoccupazione per la prima delle due ipotesi formulate dalla Corte costituzionale di legiferare in tema di morte medicalmente assistita modificando la Legge 219/17. SICP e FCP ritengono che sarebbe preferibile che il Parlamento scegliesse di lasciare immodificata la Legge 219/17 (che nulla ha a che fare con la MMA) per procedere alla stesura di una legge *ad hoc* sulla MMA;
7. vada valutata positivamente la posizione della Corte costituzionale e dei attuali DDL nel prevedere la libertà di coscienza ai sanitari in tema di MMA auspicando che la futura legge *ad hoc* preveda da un lato l'obiezione di coscienza per il personale sanitario e, dall'altro, l'esercizio del diritto del paziente; invece, in relazione alla legge 219/2017, vada considerata inammissibile la previsione della libertà di coscienza del medico di fronte al rifiuto del trattamento salvavita operato dal paziente sia in forma attuale sia in forma anticipata in una PCC (Pianificazione Condivisa delle Cure) o in una DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento), in quanto incompatibile con il modello di relazione terapeutica che individua nella volontà del paziente l'imprescindibile presupposto per la messa in atto o la prosecuzione di qualunque intervento sanitario;
8. vadano stigmatizzate le implicazioni negative che scaturirebbero dal mantenimento della condizione definita come necessaria perché la persona malata possa accedere alla MMA: "essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente". L'obbligatorietà della dipendenza da trattamenti di sostegno vitale comporta un'inevitabile discriminazione a scapito dei malati che, pur possedendo tutti gli altri requisiti, verranno esclusi dall'accesso alla MMA perché non dipendenti da tale tipo di trattamenti;
9. vada espressa preoccupazione circa il coinvolgimento preventivo dei Comitati Etici Territoriali (CET) nella valutazione delle domande di MMA, sia per la loro scarsa diffusione a livello territoriale sia perché sono prevalentemente orientati alla valutazione di sperimentazioni cliniche (farmaci e dispositivi); pertanto essi mancano di adeguate competenze di bioetica clinica. Appare invece decisamente preferibile ricorrere ai Comitati Etici per la Pratica Clinica (CEPC) che, là ove esistenti, svolgono un prezioso ed efficace ruolo di consulenza etica nei casi clinici eticamente problematici. Si sottolinea l'importanza della presenza di professionisti delle équipes di cure palliative sia nei CET o CEPC che nel Comitato per la valutazione clinica territorialmente competente al fine di poter meglio valutare la consapevolezza e la determinazione della richiesta della persona malata, effettuare l'esplorazione dei vissuti e della intollerabilità della sua sofferenza psico-fisica, accertarsi delle ragioni del rifiuto o abbandono delle cure palliative. Questo permetterebbe di prevenire un non appropriato ricorso alla MMA motivato dalla presenza di sofferenze psico-fisiche lenibile da una presa in carico palliativa;

10. vada valutata positivamente l'indicazione posta dalla Corte costituzionale circa "la verifica da parte di una struttura pubblica appartenente al Servizio Sanitario Nazionale delle condizioni e delle modalità di esecuzione del suicidio assistito". La SICP e la FCP sottolineano che è importante non escludere il domicilio del malato e altri setting come luoghi di attuazione dello stesso;

§

§

§

Per quanto concerne i DDL attualmente in esame presso questa Commissione si precisano le seguenti valutazioni critiche:

1. In merito al **DDL 1083 del 26 Marzo 2024 "Modifiche all'articolo 580 del Codice penale e modifiche alla legge 22 dicembre 2017, n.219, in materia di disposizioni anticipate di trattamento e prestazione delle cure palliative"**, la SICP e la FCP identificano le seguenti criticità:

- a) Art.2 comma 1 del disegno di legge (art.1 comma 5 legge 219), la sostituzione proposta del terzo periodo: *«Ai fini della presente legge l'idratazione e l'alimentazione, pur se garantite attraverso ausili tecnici, non sono considerati trattamenti sanitari. La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve seguire i criteri dell'appropriatezza medica»* appare non condivisibile per i seguenti motivi:
- se è vero che "idratazione e alimentazione" non sono di per sé classificabili come trattamenti sanitari perché fanno riferimento alla assunzione per via naturali dei normali cibi e liquidi, lo diventano sicuramente quando vengono garantiti (somministrati) sotto forma di preparati farmaceutici e ricorrendo all'uso di ausili (dispositivi) tecnici; pertanto, vengono correttamente denominati "idratazione e nutrizione artificiali" in quanto classificabili come trattamenti sanitari;
  - tutte le società scientifiche che si occupano di nutrizione e idratazione artificiale (enterale, parenterale, ecc.) le considerano trattamenti sanitari; analogamente avviene per le società scientifiche che trattano problemi di idratazione e nutrizione di malati nella varie fasi (acute, croniche e terminali) di malattia sulla base del presupposto che l'implementazione di tali terapie richiede la formulazione di una diagnosi, la prescrizione medica di prodotti farmaceutici, l'attuazione di un controllo da parte di professionisti sanitari sia nella somministrazione che nel monitoraggio clinico-metabolico<sup>3</sup>;
  - la stessa affermazione proposta nel DDL *"La somministrazione di sostanze nutritive, in qualsiasi modalità, deve seguire i criteri dell'appropriatezza medica"* non fa che confermare che nutrizione e idratazione artificiale sono trattamenti sanitari a pieno titolo; altrimenti tale affermazione relativa alla appropriatezza medica non sarebbe giustificata;

---

<sup>3</sup> A titolo esemplificativo si citano: Linea guida pratica ESPEN parzialmente revisionata: Nutrizione clinica nell'Unità di Terapia Intensiva (SINPE) [https://www.sinpe.org/documenti/Traduzione\\_linee\\_guida\\_ICU.pdf](https://www.sinpe.org/documenti/Traduzione_linee_guida_ICU.pdf); SINPE Aspetti bioetici della Nutrizione Artificiale 2002 <https://www.sinpe.org/documenti/58-60.pdf>;

Linea Guida Pratica ESPEN Nutrizione Enterale Domiciliare (SINPE) 2020 <https://www.sinpe.org/documenti/ESPEN%20SINPE%20Linea%20guida%20pratica%20Nutrizione%20enterale%20domiciliare.pdf>;

Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente UPDATE 2018 <https://www.sicp.it/documenti/altri/2018/07/il-nuovo-documento-siaarti-sul-fine-vita/>

- b) Art.2 comma 2 del disegno di legge (art.1 comma 6 legge 219), il secondo periodo è sostituito dai seguenti: *“Il medico e gli altri esercenti le professioni sanitarie hanno facoltà di presentare dichiarazione di obiezione di coscienza nei confronti della presente legge nelle ipotesi in cui, a seguito dell’applicazione della medesima legge, la sottoposizione o la rinuncia al trattamento sanitario o il rispetto delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT) di cui all’articolo 4 contrastano con la deontologia professionale o con le buone pratiche socio-assistenziali.....”*. La sostituzione proposta appare non condivisibile per i seguenti motivi:
- viola lo spirito costitutivo della Legge 219/17 che mira a tutelare l’autodeterminazione del malato attraverso varie forme (consenso informato, Pianificazione Condivisa delle Cure-DAT, Disposizioni Anticipate di Trattamento-DAT). Come è ben noto, l’autodeterminazione del malato può avvenire tramite l’esplicitazione del consenso, la negazione del consenso, la revoca di un consenso dato in precedenza da parte della persona malata;
  - la possibilità di fare obiezione di coscienza da parte dei sanitari in caso di “sottoposizione o rinuncia al trattamento sanitario o di rispetto delle DAT” comporta l’inevitabile limitazione dell’autodeterminazione e l’imposizione al malato della volontà del medico e degli altri professionisti sanitari. Ne deriva che i sanitari possono imporre o negare un trattamento contro le volontà attuali o pregresse della persona malata. Il che violerebbe i dettati etici, deontologici e giuridici (art. 2, 13, 32 della Costituzione e 1,2,3 della Carta dei diritti fondamentali dell’Unione europea citati nel comma 1 della stessa legge 219/17) che sostengono la relazione e le prassi di cura.
- c) Art.2 comma 3 del disegno di legge (art.1 comma 9 legge 219) l’esenzione proposta delle strutture sanitarie private nell’assicurare la corretta attuazione dei principi della Legge 219/17 e l’informazione necessaria ai cittadini e l’adeguata formazione del personale è contestabile perché genererebbe una discriminazione nelle possibilità assistenziali garantite alle persone malate ed una non equa ripartizioni degli oneri fra strutture sanitarie pubbliche e private.
- d) Art. 2: la sostituzione del comma 2 con la seguente frase *“Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine e di imminenza della morte, il medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente”*, non appare condivisibile perché:
- se la frase *“in presenza di sintomi refrattari ai trattamenti sanitari, accertati e monitorati dagli esperti in cure palliative che hanno preso in carico il paziente..”* viene interpretata in senso letterale risulterebbe rigidamente vincolante per la gestione delle sofferenze nel fine vita di molti malati in quanto ne deriverebbe che solo i professionisti delle équipes di cure palliative potrebbero attuare la sedazione palliativa;
  - verrebbero escluse e discriminate dalla possibilità di attuare la sedazione palliativa molte situazioni cliniche e molti setting di cura come ad es.: situazioni di emergenza-urgenza territoriali o ospedaliere ove operano professionisti del 112/118 o équipes di degenza che intervengono su malati non precedentemente presi in carico dalle Reti locali di cure palliative; reparti di Terapia intensiva o sub-intensiva; reparti di degenza extraospedaliera (riabilitativa, lungodegenza, ecc.) o Residenze Sanitarie (RSA), setting domiciliare, ecc.. In tali setting vi sono malati che vivono una fase terminale della propria vita caratterizzata dalla

presenza di sofferenze intollerabili per sintomi refrattari che però non sono presi in carico dalle équipes di cure palliative.

- e) Art. 4 al comma 5, la modifica proposta (aggiungere dopo le parole *“in tutto o in parte, dal medico stesso”* le seguenti parole *“se questi non ha già presentato la dichiarazione di cui all’articolo1, comma 6”*) appare criticabile per le stesse ragioni esposte a proposito della modifica proposta all’art. 1 comma 6.

2. In merito al **DDL 104 del 3 ottobre 2022 “Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita”**, la SICP e la FCP identificano le seguenti criticità:

- a) Art. 3 comma 1 l’espressione *“la persona .... previamente coinvolta in un percorso di cure palliative”* risulta poco chiara perché potrebbe essere fraintesa con *“persona presa in carico formalmente assistita) dalle cure palliative”* generando:
- un vincolo ingiustificato e fonte di discriminazione rispetto a persone che non sono state prese in carico da un’équipe di cure palliative sia perché hanno rifiutato tale offerta sia perché hanno rinunciato a proseguire un percorso palliativo perché insoddisfacenti rispetto alla loro volontà di anticipare la propria morte;
  - un ulteriore equivoco in merito alla necessità che il malato che mantiene la volontà di anticipare la propria morte *debba* poi rinunciare alle cure palliative, il che lo porrebbe nell’insostenibile condizione di vivere senza alcun supporto per il dolore e la sofferenza per tutto il tempo in cui la pratica viene istruita.

Pertanto si suggerisce di modificare la frase nel modo seguente *“la persona .... cui è stato previamente illustrato ed offerto un percorso di cure palliative”* o, più compiutamente come suggerito da Un diritto gentile<sup>4</sup>, *La persona che abbia già intrapreso un adeguato percorso di cure palliative, il quale si sia rivelato insufficiente ad alleviare il suo stato di sofferenza psicofisica e a preservarne la dignità, o che lo abbia volontariamente interrotto o esplicitamente rifiutato*. Questa formulazione risulterebbe peraltro coerente con quanto affermato all’art. 5 comma 3.

- b) Art. 3 comma 2, la condizione concomitante b *“essere tenuta in vita da trattamenti sanitari di sostegno vitale, la cui interruzione provocherebbe il decesso del paziente”* è criticabile perché molto discriminante verso quella maggioranza di malati che, pur essendo in possesso degli altri tre requisiti, non sono dipendenti da trattamenti di sostegno vitale. A tal proposito si segnala che la Corte costituzionale ha necessariamente inserito tale quarta condizione nell’Ordinanza 207/2018 e nella sentenza 242/2019 in riferimento al caso per cui è stata interpellata (Fabiano Antoniani). Viceversa, in una legge ad hoc sulla MMA non vi è ragione di mantenere tale condizione vincolante, anche per l’insuperabile difficoltà scientifica a definire un elenco condiviso ed esaustivo di tali trattamenti considerato che il continuo progresso tecno-scientifico produce trattamenti farmacologici, elettromeccanici ed assistenziali che permettono il vicariare di svariate funzioni vitali (parenchimali e metaboliche) come peraltro evidenziato dal Comitato Nazionale per la Bioetica<sup>5</sup>.

---

<sup>4</sup> Disposizioni in materia di aiuto medico a morire 31/08/2022

<https://undirittogentile.wordpress.com/2022/08/31/disposizioni-in-materia-di-aiuto-medico-a-morire/>

<sup>5</sup> Comitato Nazionale per la Bioetica. Comunicato stampa n. 3/2023 del 24 marzo 2023 RISPOSTA QUESITO DEL MINISTERO DELLA SALUTE 2 GENNAIO 2023 , <https://bioetica.governo.it/media/4817/risposta-al-quesito-ministero-della-salute-def.pdf>; Mazzon D. Sul concetto di “trattamenti di sostegno vitale” Responsabilità medica 2022, 1:47-48 <https://www.rivistaresponsabilitamedica.it/wp-content/uploads/2022/04/0-Indice.pdf>.

- c) Si segnala che nel DDL non è previsto l'intervento di un Comitato etico ma solo di un Comitato per la valutazione clinica, a differenza di quanto indicato dalla Corte costituzionale. Il vaglio del Comitato etico, preferenzialmente nella forma del Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC) permetterebbe un contatto diretto, eventualmente anche ripetuto, con la persona malata richiedente l'anticipazione della propria morte al fine di valutare la consapevolezza e la determinazione della sua richiesta, l'esplorazione dei vissuti e della intollerabilità della sua sofferenza psico-fisica, le ragioni del rifiuto o abbandono delle cure palliative. Il contatto diretto degli organi di valutazione (Commissione e Comitato Etico) non può essere previsto come facoltativo ma deve essere obbligatorio a tutela della persona stessa. Per questa ragione si deve scoraggiare il contatto a distanza per via telematica o a mezzo di delegato. Per tali motivi è necessario che nel CEPC siano presenti adeguate competenze specialistiche, palliative e psicologiche. Il ruolo del CEPC non deve però rappresentare un ostacolo burocratico alla valutazione della richiesta della persona malata ma, al contrario, un aiuto e sostegno alla persona che vada al di là della mera verifica delle condizioni vincolante per accedere alla procedura.

3. In merito al **DDL 570 del 2 Marzo 2023 "Disposizioni in materia di morte volontaria medicalmente assistita"** la SICP e la FCP identificano le seguenti criticità:

- a) Art. 1 denominato "Definizione di trattamento eutanasi", onde non generare equivoci andrebbe rinominato "Definizione di Morte Medicalmente Assistita", fattispecie che comprende sia l'eutanasia (somministrazione di farmaci letali da parte di sanitari) e che il suicidio medicalmente assistito (auto assunzione da parte della persona malata di farmaci letali).
- b) Si segnala che nel DDL non è previsto l'intervento di un Comitato etico ma solo di un Comitato per la valutazione clinica, a differenza di quanto indicato dalla Corte costituzionale. Il vaglio del Comitato etico, preferenzialmente nella forma del Comitato Etico per la Pratica Clinica (CEPC) permetterebbe un contatto diretto, eventualmente anche ripetuto, con la persona malata richiedente l'anticipazione della propria morte al fine di valutare la consapevolezza e la determinazione della sua richiesta, l'esplorazione dei vissuti e della intollerabilità della sua sofferenza psico-fisica, le ragioni del rifiuto o abbandono delle cure palliative. Il contatto diretto degli organi di valutazione (Commissione e Comitato Etico) non può essere previsto come facoltativo ma deve essere obbligatorio a tutela della persona stessa. Per questa ragione si deve scoraggiare il contatto a distanza per via telematica o a mezzo di delegato. Per tali motivi è necessario che nel CEPC siano presenti adeguate competenze specialistiche, palliative e psicologiche. Il ruolo del CEPC non deve però rappresentare un ostacolo burocratico alla valutazione della richiesta della persona malata ma, al contrario, un aiuto e sostegno alla persona che vada al di là della mera verifica delle condizioni vincolante per accedere alla procedura.

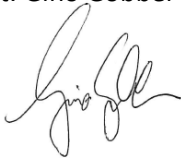
4. In merito al **DDL 124 del 13 ottobre 2022 "Disposizioni in materia di suicidio medicalmente assistito e di trattamento eutanasi"**, la SICP e la FCP identificano le seguenti criticità:

- a) Art. 3 comma 1: mantenere la condizione di dipendenza dai trattamenti di sostegno vitale è criticabile perché molto discriminante verso quella maggioranza di malati che, pur essendo in possesso degli altri tre requisiti, non sono dipendenti da trattamenti di sostegno vitale. A tal proposito si segnala che la Corte costituzionale ha necessariamente inserito tale quarta condizione nell'Ordinanza 207/2018 e nella sentenza 242/2019 in riferimento al caso per cui è stata interpellata (Fabiano Antoniani). Viceversa, in una legge ad hoc sulla MMA non vi è ragione di mantenere tale condizione



- vincolante, anche per l'insuperabile difficoltà scientifica a definire un elenco condiviso ed esaustivo di tali trattamenti considerato che il continuo progresso tecno-scientifico produce trattamenti farmacologici, elettro-meccanici ed assistenziali che permettono il vicariare di svariate funzioni vitali (parenchimali e metaboliche) come peraltro evidenziato dal Comitato Nazionale per la Bioetica (vedi nota a piè di pagina n. 5). Inoltre nel comma 1 proposto viene esclusa come indicazione alla MMA la sofferenza psico-esistenziale che risulta essere nell'esperienza e nella letteratura internazionale una delle co-motivazioni principali alla richiesta di MMA. Peraltro, si ricorda che la sentenza 242/19 della Corte costituzionale cita esplicitamente la sofferenza fisica o psicica.
- b) Art. 5 comma 1: prevedere il setting domiciliare solo quando le condizioni della persona malata non consentano l'effettuazione delle procedure di MMA è improprio perché il domicilio è, secondo quanto indicato dall'esperienza e dalla letteratura internazionale, la sede preferita dalla maggior parte dei malati.
- c) Art. 6 comma 2: prevedere che le procedure relative alla MMA possano essere "effettuate esclusivamente nelle strutture sanitarie pubbliche e private convenzionate del SSN che erogano cure palliative" rappresenta una condizione limitante per quelle strutture che non erogano direttamente le cure palliative con rischio di discriminazione territoriale dei malati e costituisce una impropria connessione fra MMA e cure palliative che, invece, sono fattispecie del tutto diverse.
- d) Art. 8 comma 2: il riferimento alla natura non psichiatrica o psicologica della patologia appare improprio come già espresso nel commento all' Art. 3 comma 1.
5. In merito al **DDL N. 65 del 13 ottobre 2022 "Disposizioni in materia di terapia del dolore e dignità nella fase finale della vita, nonché modifiche all'articolo 580 del codice penale"** la SICP e la FCP identificano la seguente criticità:
- a) Art.2 comma 1 della Legge 38/10: l'inserimento delle parole "di accompagnamento fino alla morte" appare più appropriato nella lettera a (cure palliative) che non alla lettera b (terapia del dolore).

Il presidente di SICP  
Dott. Gino Gobber



La Presidente FCP  
Dott.ssa Tania Piccione

