

Presso il Teatro Besostri
**La scelta e il dovere dell'assistenza
all'ultimo stadio della malattia**
L' offerta delle Cure Palliative



**AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE**

Mariuccia e Giovanni Manera odv

16 OTTOBRE 2021

ORE 9:00 - 13:00

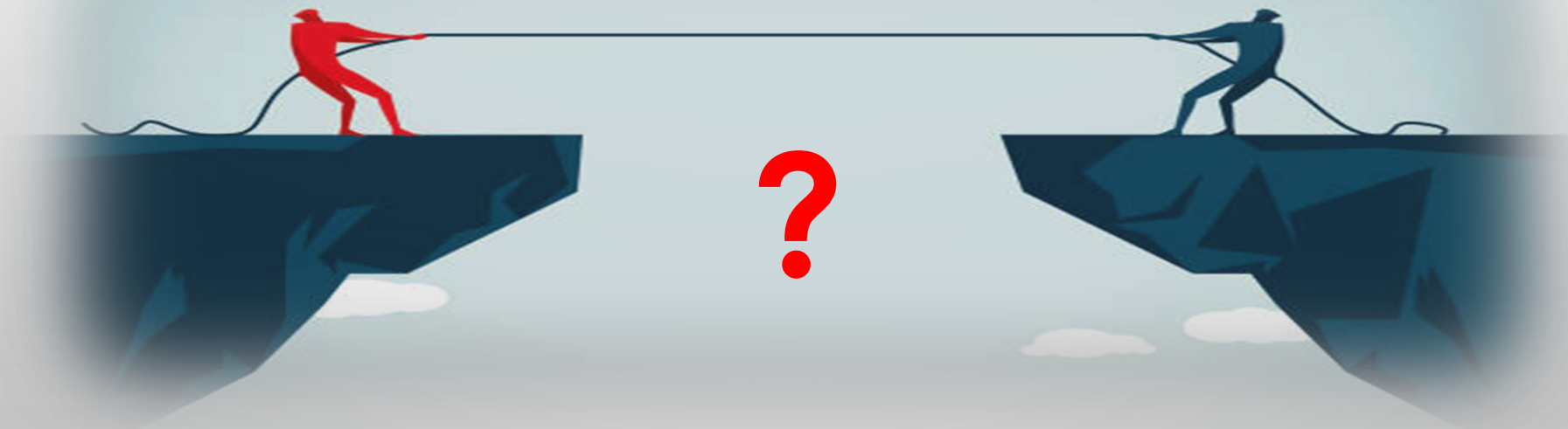
Ultimo stadio di malattia: cure intensive o cure palliative?

Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative? "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura



2 approcci incompatibili ?

cure intensive o **cure palliative**





Le definizioni

cure intensive

terapia intensiva L'insieme delle complesse procedure diagnostiche e terapeutiche finalizzate al ripristino e al sostegno di funzioni vitali (cardiocircolatoria, respiratoria, neurologica, metabolica) acutamente e gravemente compromesse.

(**Dizionario TRECCANI**)

cure palliative

I **trattamenti palliativi**: - servono a dare sollievo dal dolore e dagli altri sintomi; - affermano il valore della vita e considerano la morte come un evento naturale.

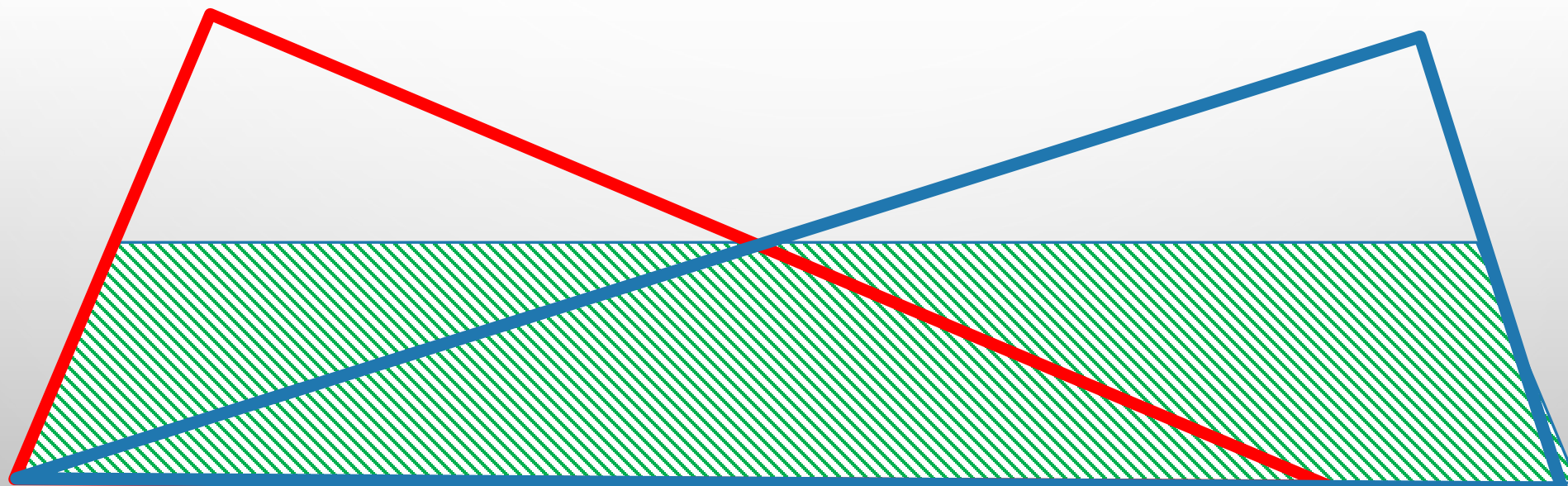
(**definizione dell'OMS**)

**Cure Intensive e cure Palliative:
2 approcci sempre separati ?**

cure intensive



cure palliative



Differenti momenti di scelta



AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE

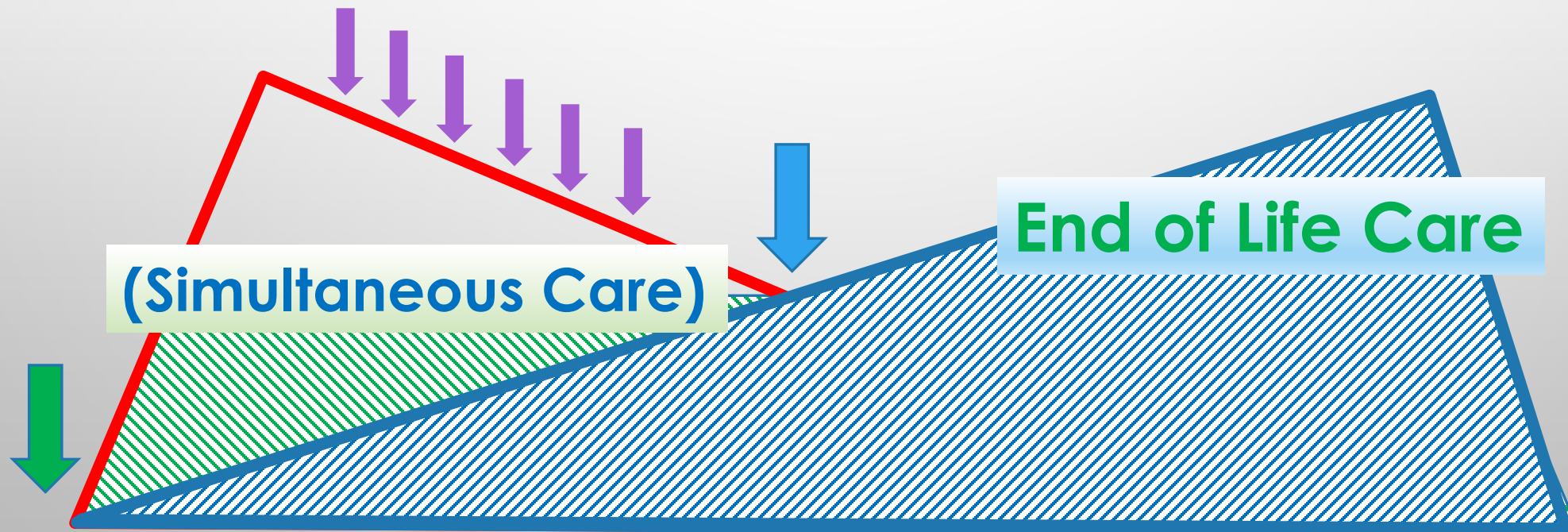
Mariuccia e Giovanni Manera odv

**Cosa succede realmente
nelle Terapie Intensive Italiane?**

cure intensive



cure palliative





Cosa succede realmente nelle Terapie Intensive Italiane?

Intensive Care Med (2010) 36:1495–1504
DOI 10.1007/s00134-010-1910-9

ORIGINAL

Guido Bertolini
Simona Boffelli
Paolo Malacarne
Mario Peta
Mariano Marchesi
Camillo Barbisan
Stefano Tomelleri
Simonetta Spada
Roberto Satolli
Bruno Gridelli
Ivo Lizzola
Davide Mazzon

**End-of-life decision-making and quality
of ICU performance: an observational study
in 84 Italian units**



- **Studio Prospettico, Multicentrico Osservazionale di 12 mesi**
- **Condotto in 84 Terapie Intensive (TI) Italiane aderenti al gruppo GIVITI**
- **Sono stati arruolati 3793 pazienti che sono morti in TI o che sono stati dimessi in condizioni terminali**
- **I dati raccolti hanno considerato:**
 - **I parametri clinici dei pazienti**
 - **La limitazione dei trattamenti e chi li ha attuati**
 - **Il coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari**

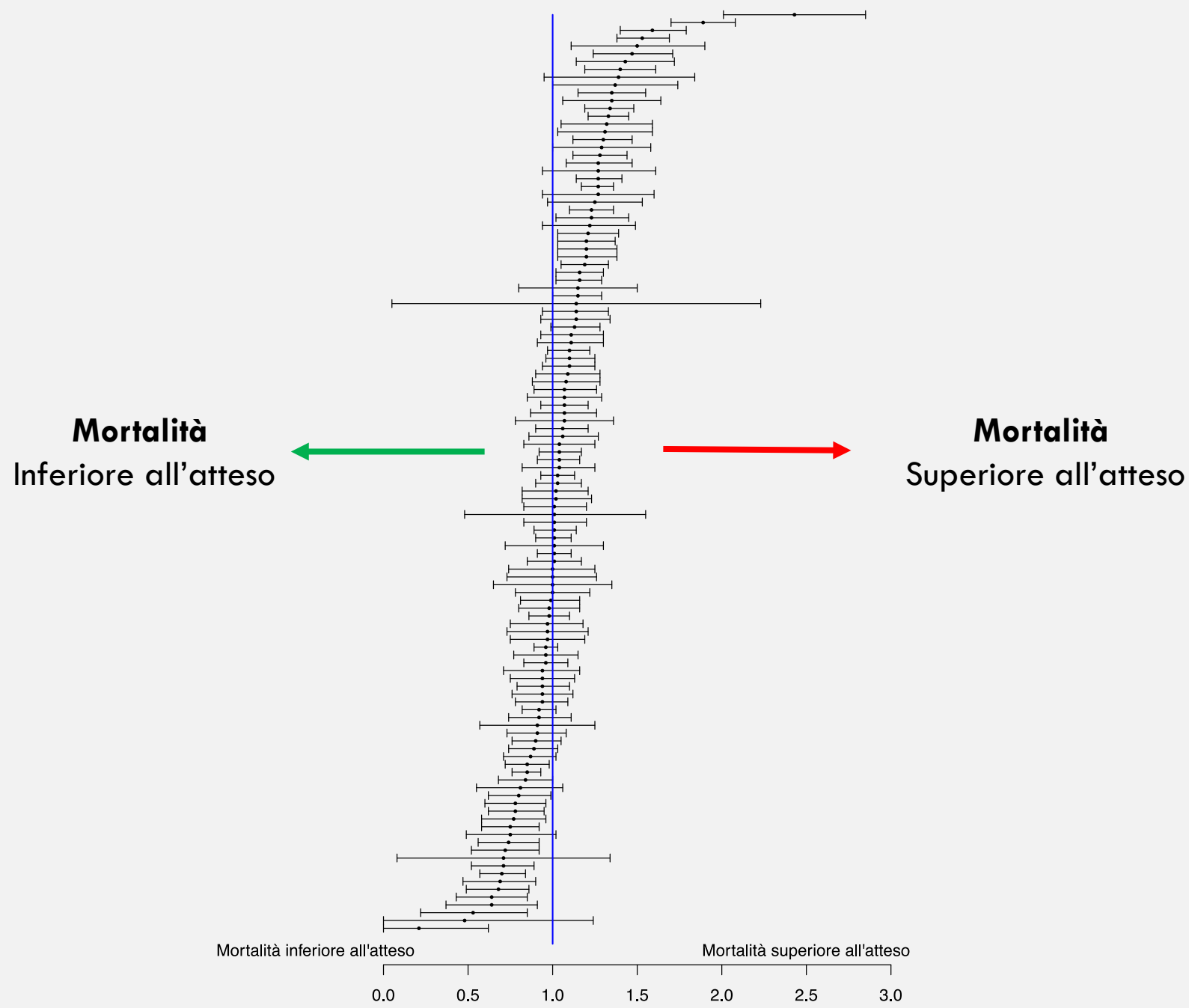
End-of-life decision-making and of ICU performance: an observational study in 84 Italian units

Intensive Care Med (2020) 45:1001-1010
DOI 10.1007/s00134-020-05800-0

Rapporto nazionale TI polivalenti - Anno 2020
Analisi della mortalità ospedaliera Pazienti adulti NON COVID valutati nel modello GiViTI
Modello di previsione: GiViTI 2019

AMICI DELLE
PALLIATIVE
di Giovanni Maria odv

- E' stato osservato che gli indicatori di sviluppo predisponevano ogni ICU a una mortalità superiore all'atteso.
- Questo risultato è stato osservato in molte delle stesse ICU.
- Lo Standard della mortalità è stato osservato in molte delle stesse ICU.



a per
e per
della
a per
dized
delle
ione

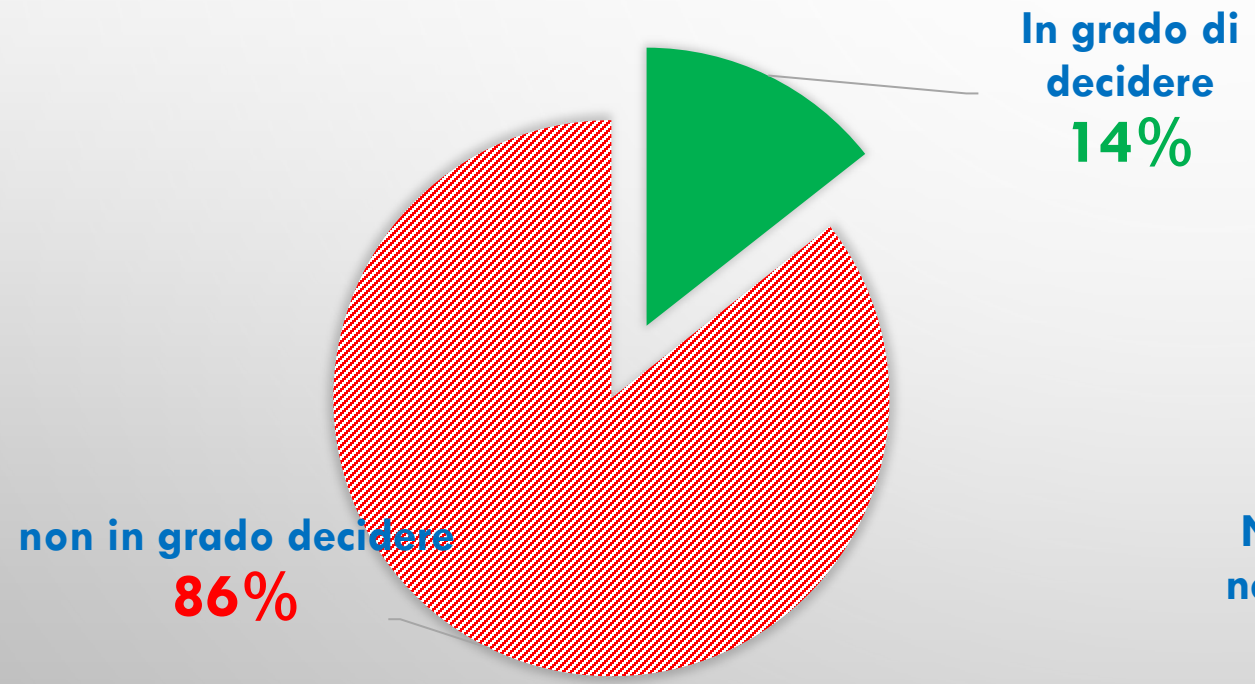


- **Quali sono state le domande a cui ha cercato di rispondere questo studio ?**
- **I pazienti ed i familiari sono stati coinvolti nelle decisioni di fine vita?**
- **Quali sono state le decisioni di cura ?**
- **Quali componenti dell'equipe sanitaria prendono le decisioni?**
- **Quali sono state le limitazioni adottate ?**
- **Che impatto hanno avuto le limitazioni delle cure sulla mortalità complessiva dei pazienti in Terapia Intensiva ?**

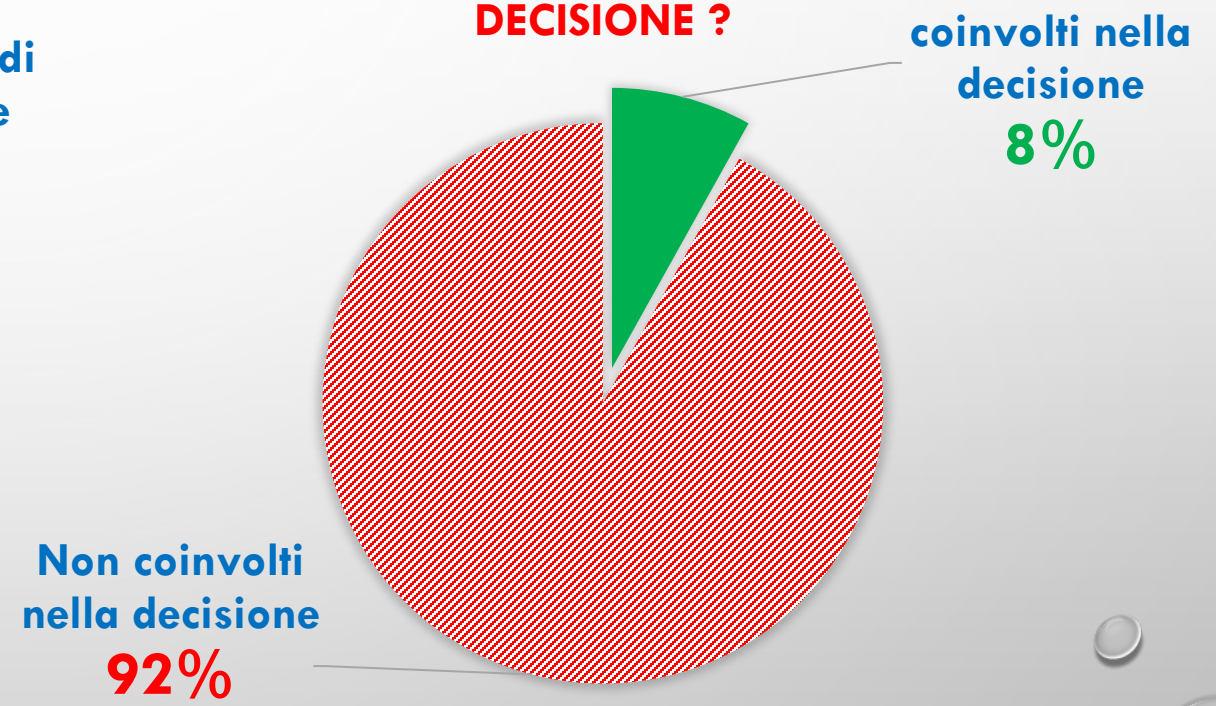


Il coinvolgimento dei pazienti nella DECISIONE

I PAZIENTI ERANO IN GRADO DI DECIDERE ?



I PAZIENTI SONO STATI COINVOLTI NELLA DECISIONE ?

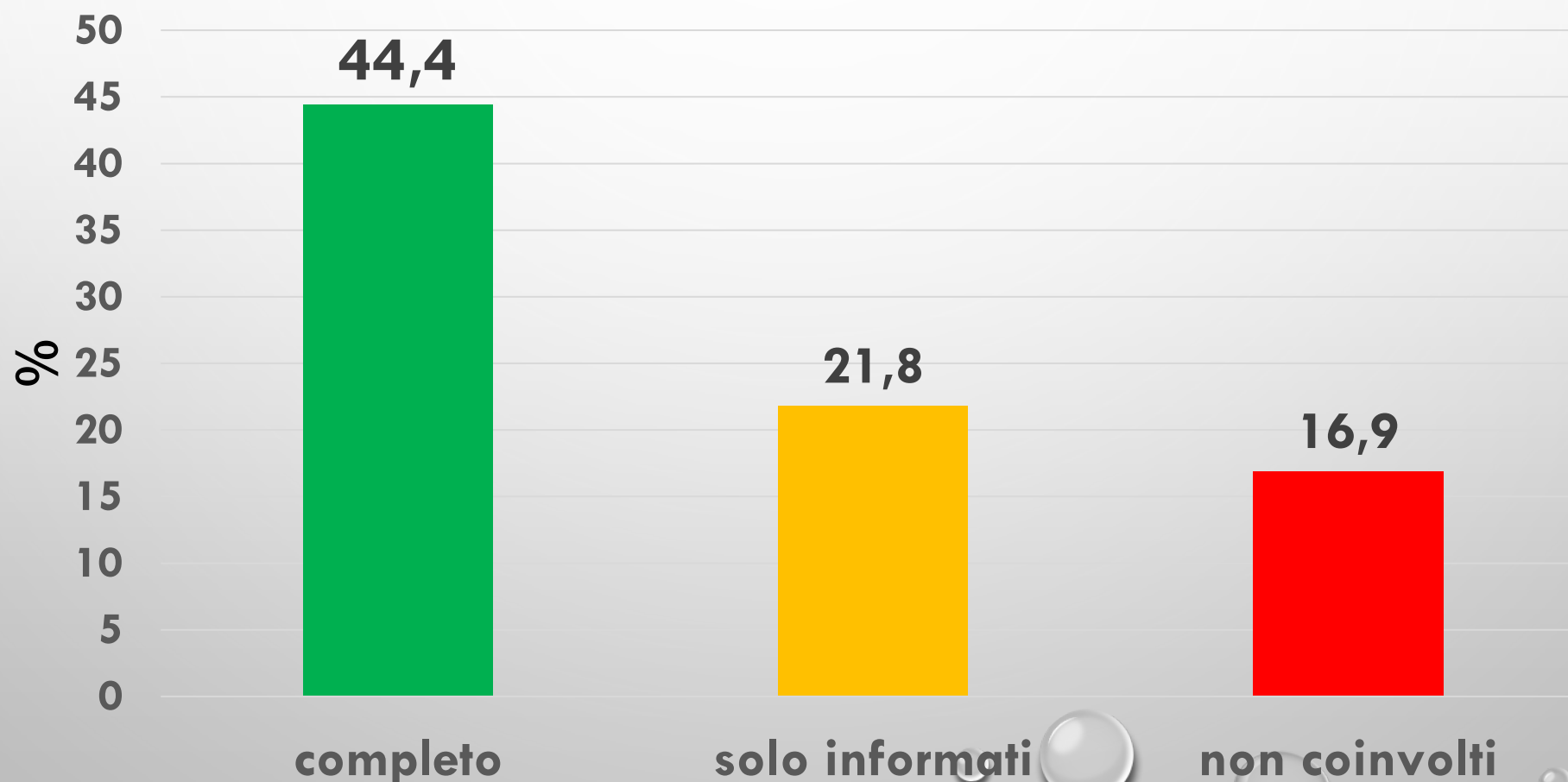


Il coinvolgimento dei familiari nelle **DECISIONI**



AMICI DELLE
ONCOLOGIE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv

Coinvolgimento dei familiari (presenti) nelle decisioni

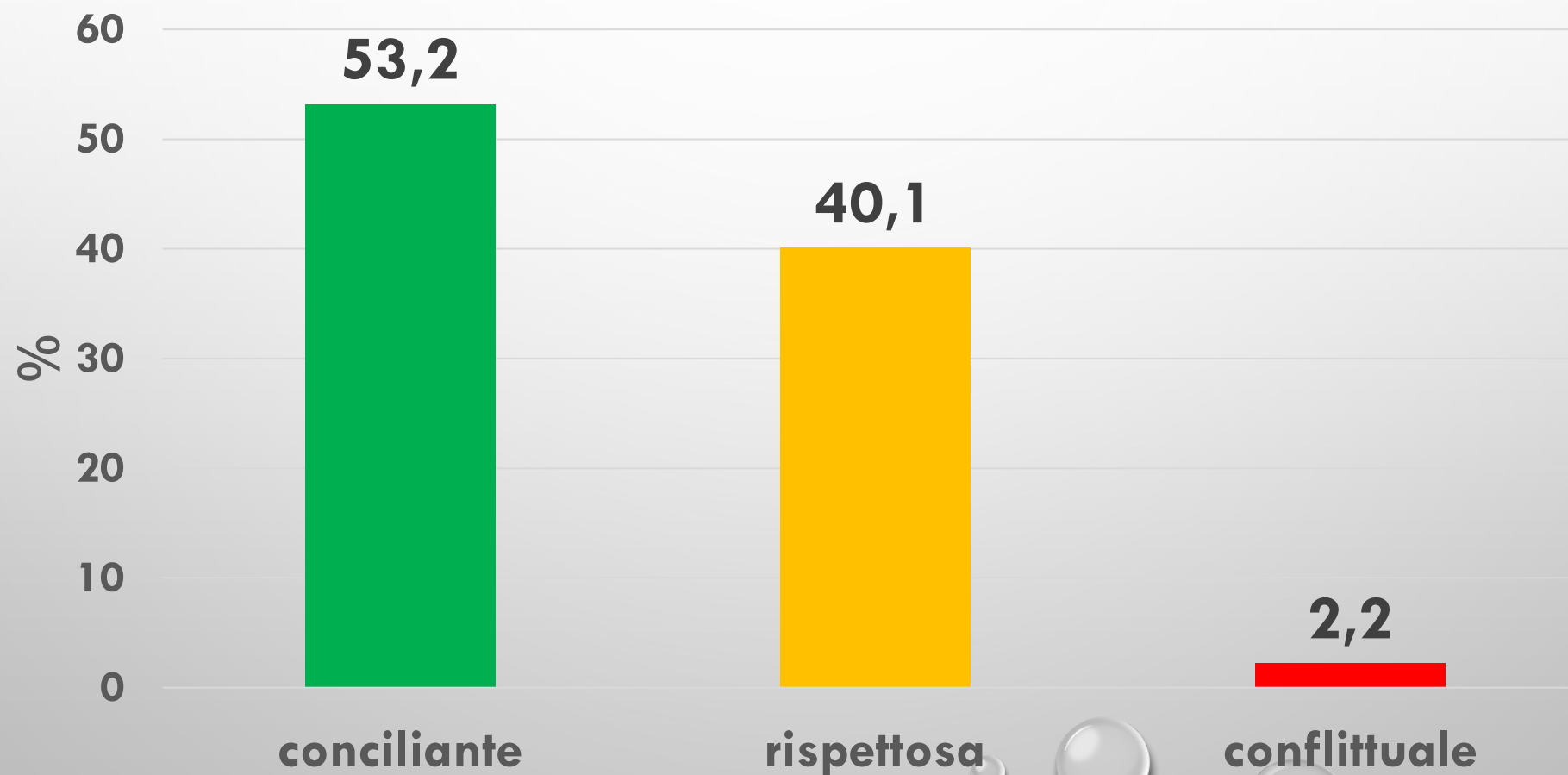


Il coinvolgimento dei parenti nelle DECISIONI



AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv

Giudizio della relazione con i familiari

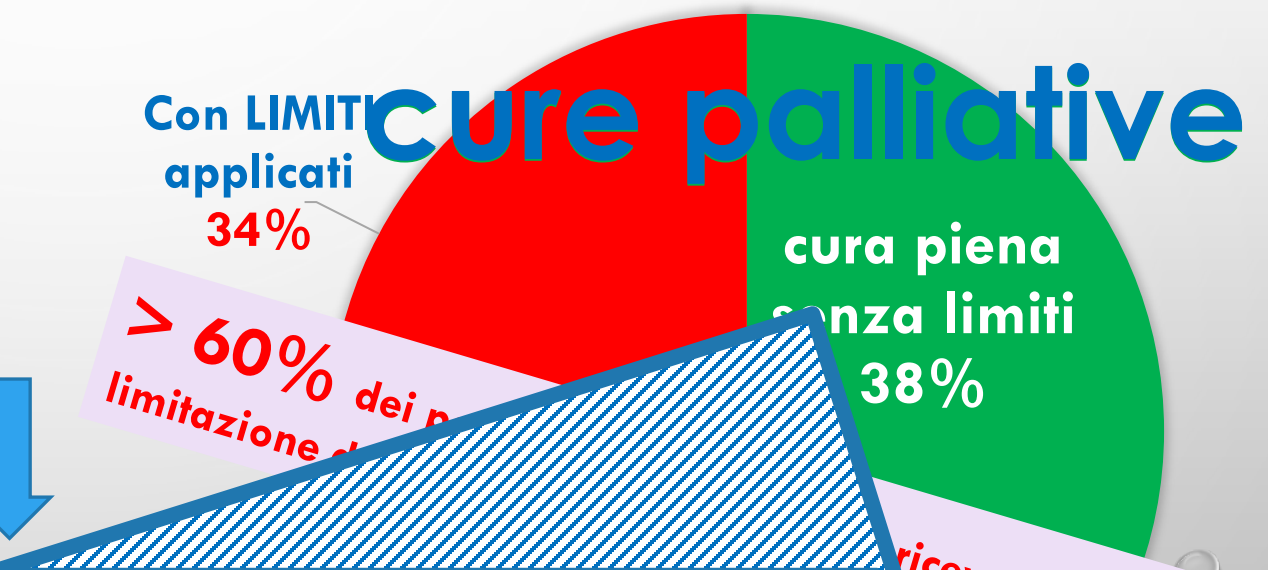
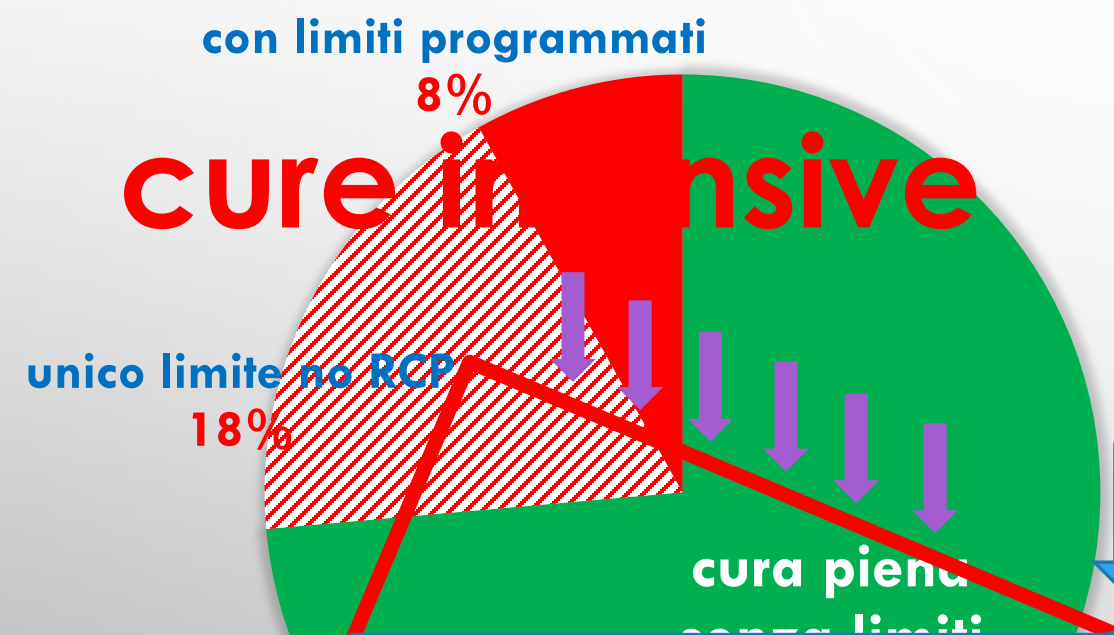




QUALI SONO STATE LE DECISIONI DI CURA ?

ALL'INGRESSO

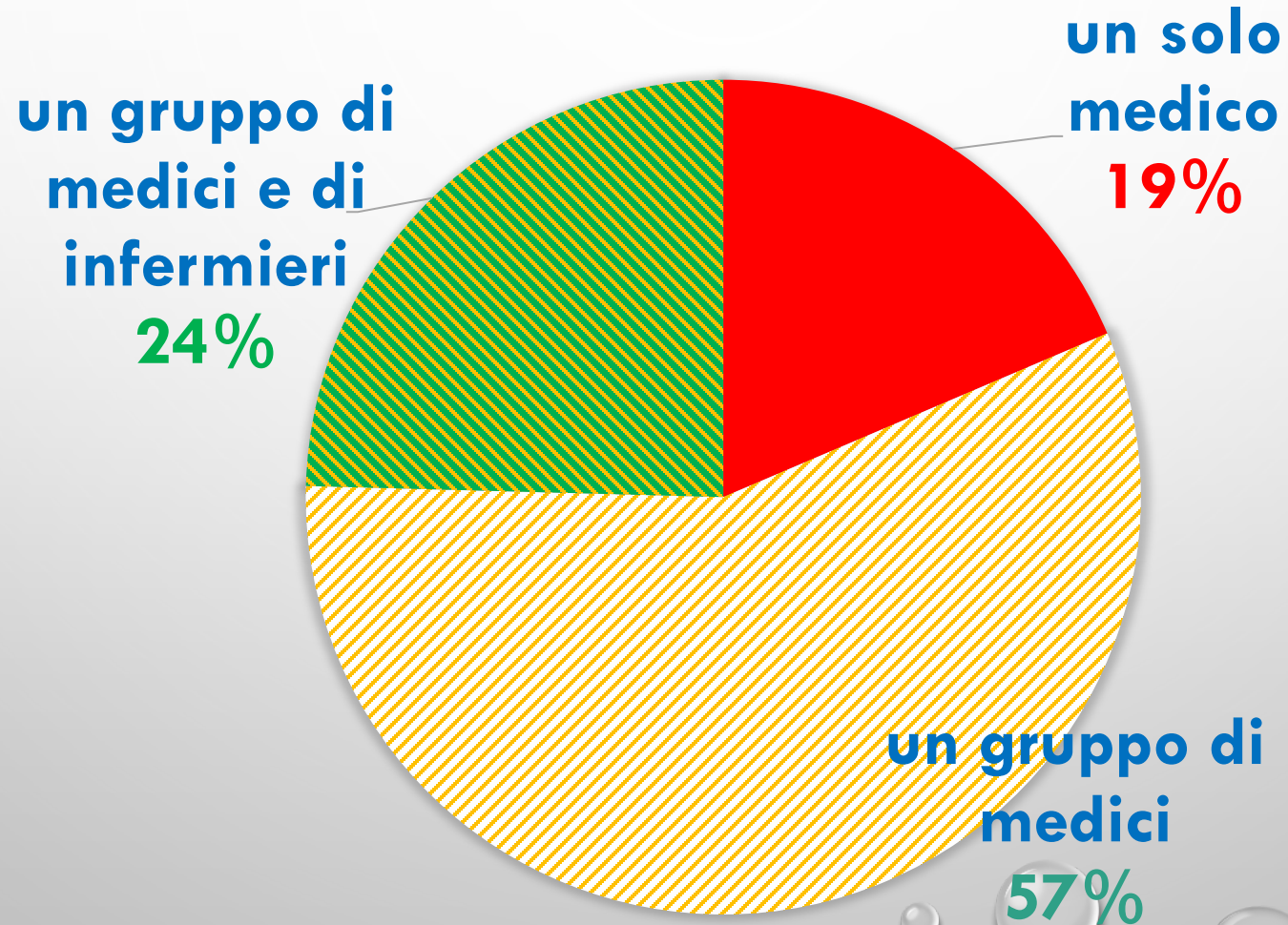
DURANTE il RICOVERO



> 60% dei p
limitazione d

ricevuto una
sso

Quali componenti dell'Equipe hanno preso la DECISIONE ?



La limitazione dei trattamenti

American Thoracic Society

MEDICAL SECTION OF THE AMERICAN LUNG ASSOCIATION

Am Respir Dis 1991; 144: 725-731

WITHHOLDING AND WITHDRAWING LIFE-SUSTAINING THERAPY

THIS OFFICIAL STATEMENT OF THE AMERICAN THORACIC SOCIETY WAS ADOPTED BY THE ATS BOARD OF DIRECTORS, MARCH 1991.

Preface

American Thoracic Society (ATS) members who practice pulmonary and critical care medicine commonly care for patients receiving mechanical ventilation and other life-sustaining therapy. They not only participate in decisions to withhold and withdraw such therapy, but also process all legal and ethical issues that arise from these decisions. Recognizing the importance of this issue to its membership, the ATS Board of Directors approved formation of an *ad hoc* Bioethics Task Force to develop an official ATS statement related to withholding and withdrawing life-sustaining therapy.

The purpose of this statement is to define acceptable standards of medical practice and make recommendations related to withholding and withdrawing life-sustaining therapy in the same manner that previous ATS statements have done for other clinical and ethical issues. This statement has three specific objectives: (1) to enhance the understanding of physicians and other health care providers of the issues involved in withholding and withdrawing life support; (2) to promote medically and ethically sound decision making in clinical practice related to withholding and withdrawing life support; and (3) to assist in the development of institutional and public policies related to these issues.

This statement was specifically written to apply to the medical care of adults with or without decision-making capacity. In addition, it may also be useful in caring for children who have variable degrees of ethical and legal autonomy (1). On the other hand, because of the unique ethical, medical, and legal issues involved in their care, the Task Force decided to exclude neonates from its consideration.

Section 1. Respect for Patient Autonomy is the Primary Basis for Withholding and Withdrawing Life-Sustaining Therapy
 An adult patient, who has decision-making capacity and is appropriately informed, has the right to forgo all forms of medical therapy including life-sustaining therapy. The right

to refuse treatment applies equally to withholding therapy that might be offered, such as cardiopulmonary resuscitation (CPR), and to withdrawing therapy that is already underway, such as mechanical ventilation or artificially provided hydration and nutrition. This right is based on the ethical principle of autonomy, or self-determination.

Physicians and other health care providers have a responsibility to respect patient autonomy by withholding or withdrawing life-sustaining therapy as requested by an informed and capable patient. In this regard, the ethical difference between withholding and withdrawing. Helping a patient forgo life support under these circumstances is regarded as distinct from participating in assisted suicide or active euthanasia, neither of which is supported by this statement. However, if carrying out such a request would violate the personal moral code of a physician or other health care provider, that individual generally has the right not to participate in the process. If this occurs, others should be made available to carry out the patient's request.

The patient's physician and other health care providers also have a responsibility for carrying out the patient's request in a humane and compassionate manner. To this end, the patient's pain and other suffering, including dyspnea, should be relieved by administration of sedatives and/or analgesics. The dosage of medication should be determined by titrating the agent carefully according to signs and symptoms of distress. It is ethically permissible to provide sufficient medication to relieve a patient's pain and suffering arising from withholding or withdrawing life-sustaining therapy, even if the patient's death may be unintentionally hastened in the process.

Discussion

Respect for patient autonomy is one of the fundamental ethical principles underlying the current practice of medicine (1, 2). Both the ethical principle of autonomy and the legal principle of informed consent (1) support the right of appropriately informed adult patients with decision-making capacity to refuse any or all medical therapy including life-sustaining treatment. Although this right is not absolute, in the recent past it has ordinarily outweighed countervailing state's interest in this

regard (3). Beginning with the landmark 1976 New Jersey Supreme Court decision in the Karen Ann Quinlan case (4), a strong ethical (2, 5, 6) and legal (7, 8) consensus has developed in its support. Furthermore, the U.S. Supreme Court 1990 decision in the Nancy Cruzan case in effect recognized a constitutional right of capable adults, even those not terminally ill or facing imminent death, to refuse any medical therapy including life-sustaining therapy and artificially provided nutrition (and hydration). A similar decision to respect patient autonomy in decisions to withhold or withdraw life-sustaining therapy is also supported by the ethical codes of national organizations of other physicians (11-13) and by consensus statements of health care professionals (14-17).

The validity of the decision-making process related to a patient's request to forgo life-sustaining therapy depends to a great degree on the assessment and guidance provided by his or her physician. Physician responsibilities related to this process include:

(1) Assessing whether a patient has adequate decision-making capacity in relation to the decision at hand; this assessment should utilize appropriate consultation if indicated by the clinical situation or if disagreement with the initial assessment arises among health care providers or from the patient or his or her family members. Critical elements of decision-making capacity include: (a) the ability to understand the medical information presented; (b) the ability to reason and consider this information in relation to his or her own personal values and goals; and (c) the ability to communicate meaningfully.

(2) Informing the capable patient regarding his or her diagnosis, prognosis, the risks, benefits, and consequences of the full range of available medical interventions including the option of no therapy. Particular care should be taken to present this information in terms understandable to the patient. If medically indicated or requested by the patient, consultation should be used to confirm the medical diagnosis and prognosis and to provide further information on the therapeutic options available. The physician should take the initiative to establish with the patient an

This statement will be published in the September 15, 1991 issue of the Annals of Internal Medicine.

NON INIZIARE (Withhold)

- 54,5% Farmaci vasoattivi
- 46,6% Emodialisi/Emofiltrazione
- 15,8% Trasmusione
- 17,2% Intubazione
- 13,8% Intervento chirurgico
- 13,8% Ventilazione meccanica
- 8,3% Nutrizione
- 8,1% Tracheotomia
- 1,4% Idratazione

Withholding and Withdrawing

RE (Withdraw)

- Farmaci vasoattivi
- meccanica (senza estubazione)
- Emofiltrazione
- meccanica (CON estubazione)



Ma le 84 Terapie Intensive hanno applicato limiti alle cure in modo uniforme ?

NO!

Sono state individuate 3 tipologie di TI

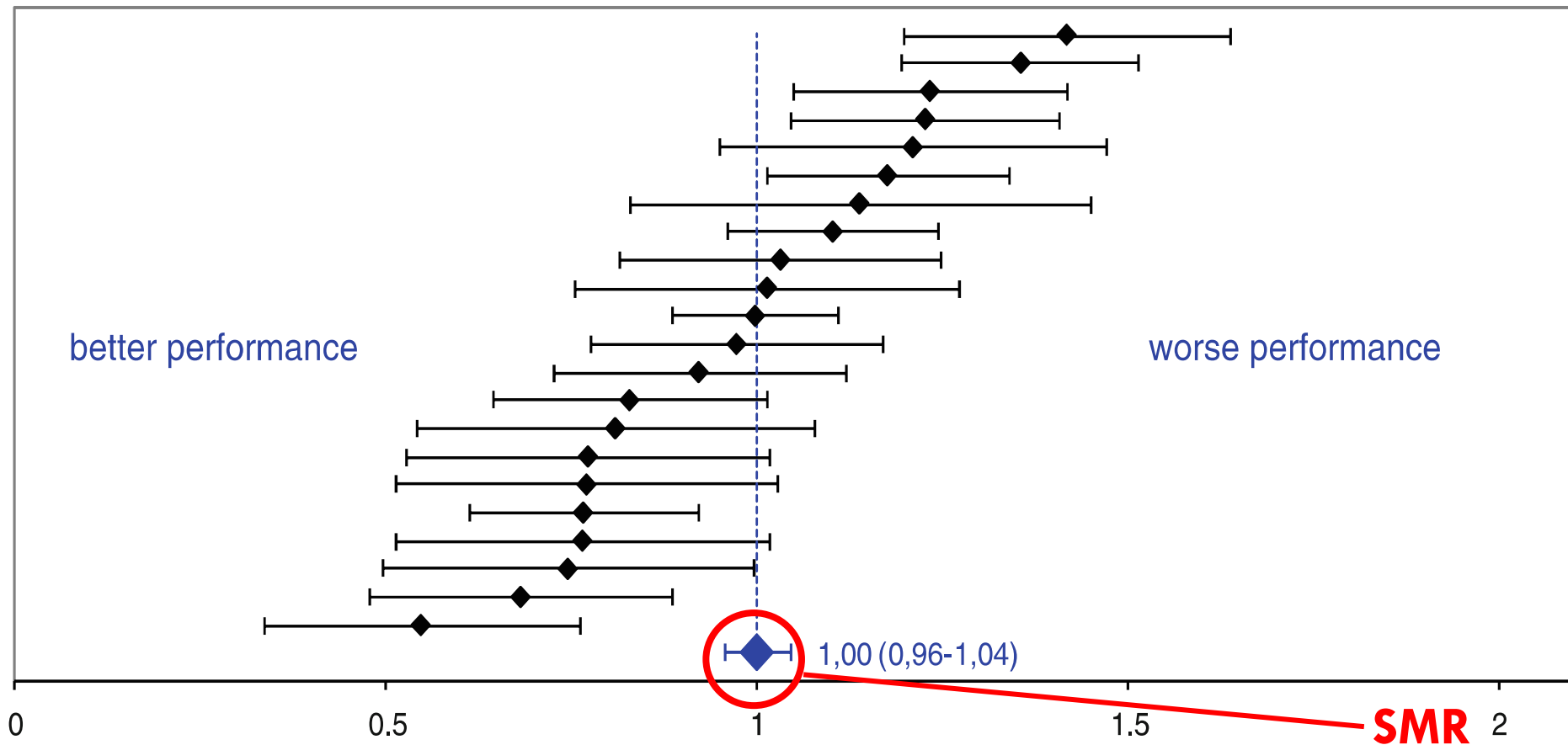
- **22 TI** che hanno applicato **LIMITI** nella media
- **24 TI** che hanno applicato **LIMITI** in misura maggiore
- **32 TI** che hanno applicato **LIMITI** in misura minore

Che cosa si è visto valutando lo **Standardized Mortality Ratio (SMR)** nelle 3 differenti tipologie di TI ?



22 TI che hanno applicato **LIMITI** nella media

b Inclinazione to limit treatment between 0.77 e 1.30

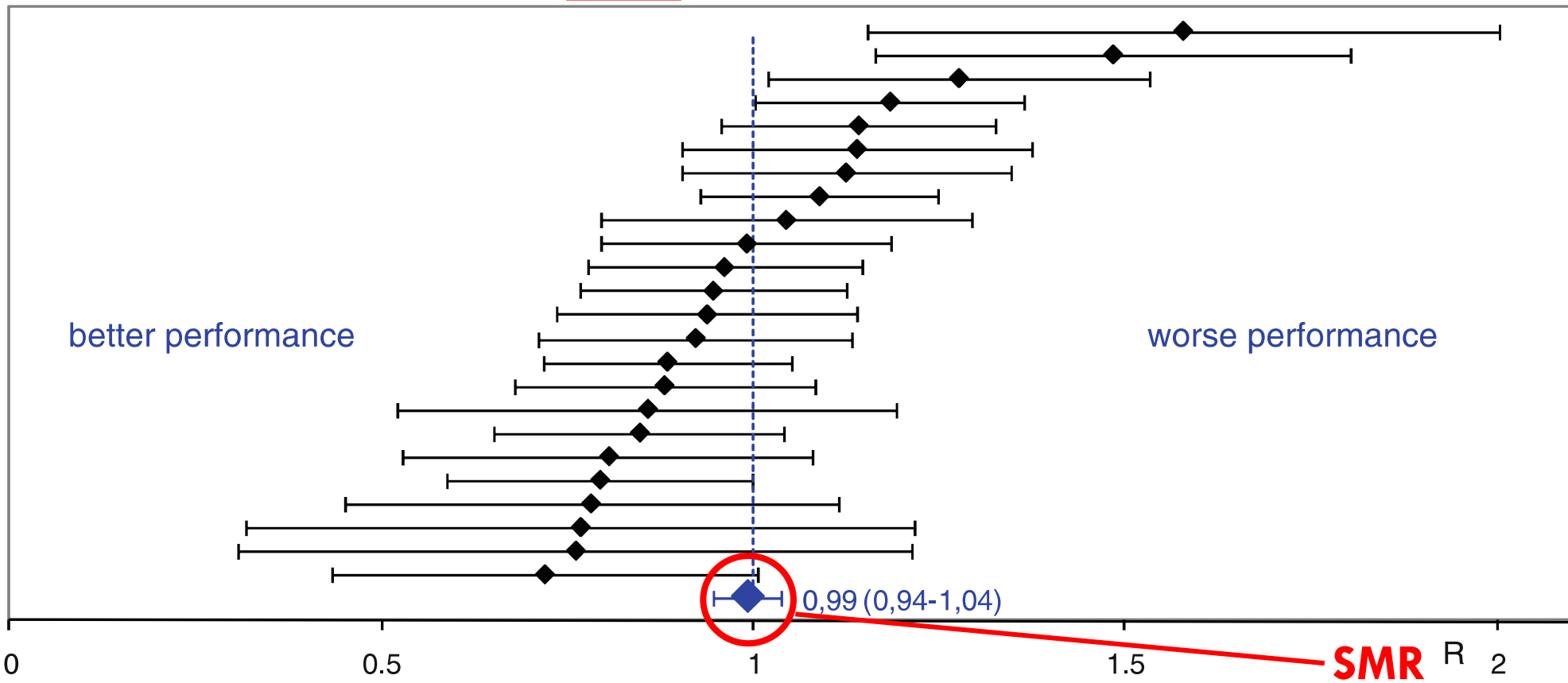


Che cosa si è visto valutando lo Standardized Mortality Ratio (SMR) nelle 3 differenti tipologie di TI ?



24 TI che hanno applicato LIMITI in misura maggiore

c Inclination to limit treatment > 1.30



SMR R 2

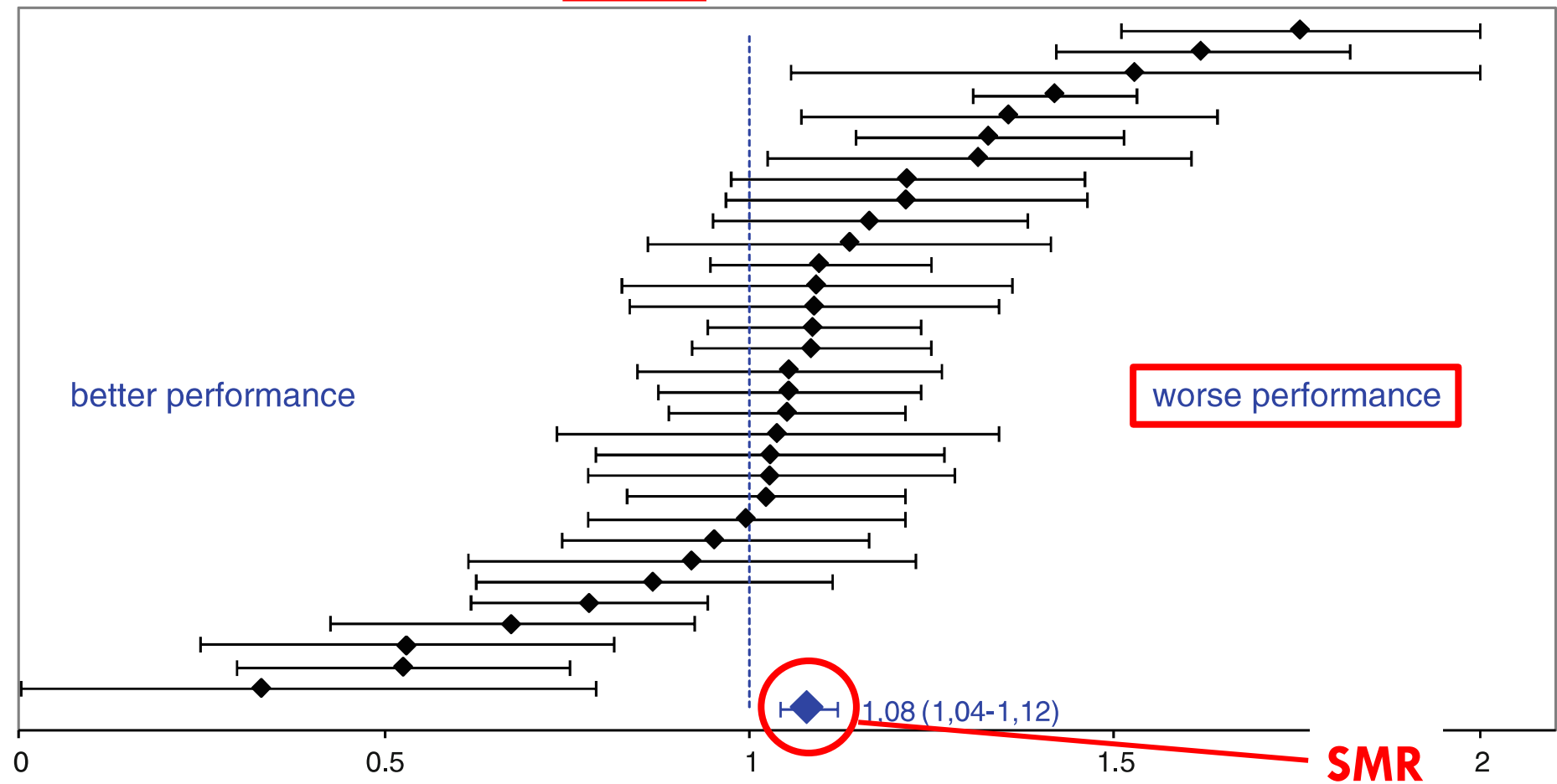
Che cosa si è visto valutando lo Standardized Mortality Ratio (SMR) nelle 3 differenti tipologie di TI ?



AMICI DELLE
UNIVERSITÀ ITALIANE
Mariuccia e Giovanni Marra odv

32 TI che hanno applicato LIMITI in misura minore

a Inclination to limit treatment < 0.77



Tutto questo in tempo di «pace», ed in tempo di «guerra» ?

AMICI DELLE
SOPRAPPASSIVE
Giovanni Maria odv



Terapia Intensiva allestita nella «Fiera» di Bergamo

Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy

Early Experience and Forecast During an Emergency Response

JAMA Published online March 13, 2020

ICU Admissions Over the First 2 Weeks

There was an immediate sharp increase in ICU admissions from day 1 to day 14. The increase was steady and consistent. Publicly available data indicate that ICU admissions (n = 556) represented 16% of all patients (n = 3420) who tested positive for COVID-19. As of March 7, the current total number of patients with COVID-19 occupying an ICU bed (n = 359) represents 16% of currently hospitalized patients with COVID-19 (n = 2217).

Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy

Early Experience and Forecast During an Emergency Response

JAMA Published online March 13, 2020

Setting the Priorities and the Initial Response

In Lombardy, the precrisis total ICU capacity was approximately 720 beds (2.9% of total hospital beds at a total of 74 hospitals); these ICUs usually have 85% to 90% occupancy during the winter months.

The mission of the COVID-19 Lombardy ICU Network was to coordinate the critical care response to the outbreak. Two top priorities were identified: increasing surge ICU capacity and implementing measures for containment.

Nel corso del primo picco epidemico in Lombardia il numero di pazienti COVID-19 contemporaneamente ricoverati nelle TI ha superato le 1500 unità.

Per poterlo fare questo è stato necessario aumentare di oltre il 100% i posti letto disponibili in TI.

... ed in tempo di «guerra»?

AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv

Fra cure intensive e cure palliative ai tempi di CoViD-19

MASSIMO ROMANÒ¹

¹Cardiologo, Comitato Ordinatore Master di 2° livello in Cure Palliative, Università di Milano.

Recenti Prog Med 2020; 111: 223-230

«Attuare forme di desistenza terapeutica, senza abbandono del paziente, avviando Cure Palliative di qualità e allocare al meglio le risorse disponibili vale in tempo di pace e soprattutto in condizioni straordinarie di emergenza»

Quali criteri di riferimento ?

SIAARTI – GRUPPO DI STUDIO BIOETICA – Coordinatore Dr. Alberto Giannini

AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

SOCIETÀ ITALIANA DI ANESTESIA ANALGESIA
RIANIMAZIONE E TERAPIA INTENSIVA



SIAARTI

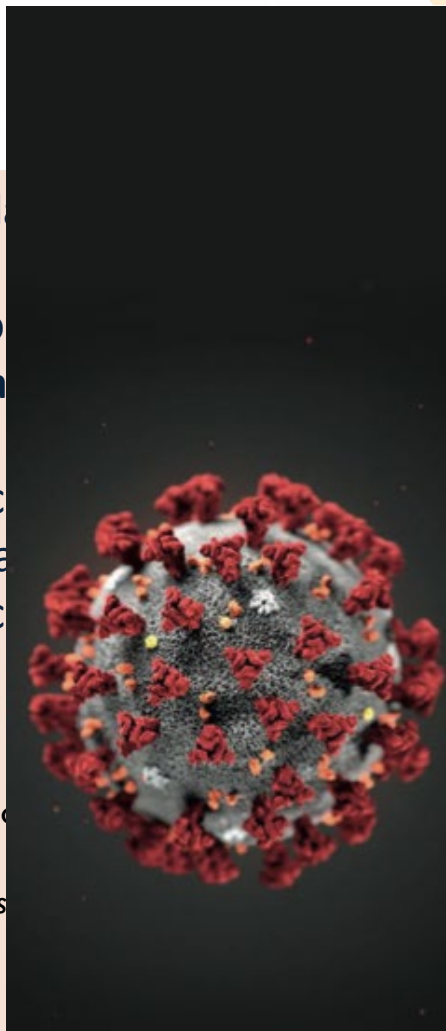
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

“**surprise question**”: “quando visiti un malato, domandi se saresti sorpreso se morisse entro pochi mesi. **Se la risposta è ‘NO’** dai la precedenza alle sue preoccupazioni al controllo dei sintomi, all’aiuto alla famiglia, alla continuità delle cure, al supporto spirituale.

La “**domanda sorprendente**” è uno strumento semplice che può essere **utilizzato da tutti i medici** ed è stata utilizzata con successo in popolazioni di malati con patologie croniche in fase avanzata.

The ‘Surprise question’: Lynn J 2005 Altarum Institute Center for Elder Care and Advanced Illness

www.thehastingscenter.org/pdf/living-long-in-fragile-health.pdf (last accessed January 2013)



RACCOMANDAZIONI DI ETICA CLINICA PER L'AMMISSIONE A TRATTAMENTI INTENSIVI

**E PER LA LORO SOSPENSIONE,
IN CONDIZIONI ECCEZIONALI
DI SQUILIBRIO TRA NECESSITÀ
E RISORSE DISPONIBILI**

Gruppo di lavoro

Marco Vergano, Guido Bertolini,
Alberto Giannini, Giuseppe Gristina,
Sergio Livigni, Giovanni Mistraretti,
Flavia Petri

Risk Factors Associated With Mortality Among Patients With COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy

Giacomo Grasselli, MD; Massimiliano Greco, MD; Alberto Zanella, MD; Giovanni Albano, MD; Massimo Antonelli, MD; Giacomo Bellani, MD, PhD; Ezio Bonanomi, MD; Luca Cabrini, MD; Eleonora Carlesso, MS; Gianpaolo Castelli, MD; Sergio Cattaneo, MD; Danilo Cereda, MD; Sergio Colombo, MD; Antonio Coluccello, MD; Giuseppe Crescini, MD; Andrea Forastieri Molinari, MD; Giuseppe Foti, MD; Roberto Fumagalli, MD; Giorgio Antonio Iotti, MD; Thomas Langer, MD; Nicola Latronico, MD; Ferdinando Luca Lorini, MD; Francesco Mojoli, MD; Giuseppe Natalini, MD; Carla Maria Pessina, MD; Vito Marco Ranieri, MD; Roberto Rech, MD; Luigia Scudeller, MD; Antonio Rosano, MD; Enrico Storti, MD; B. Taylor Thompson, MD; Marcello Tirani, MD; Pier Giorgio Villani, MD; Antonio Pesenti, MD; Maurizio Cecconi, MD; for the COVID-19 Lombardy ICU Network

JAMA Internal Medicine Published online July 15, 2020

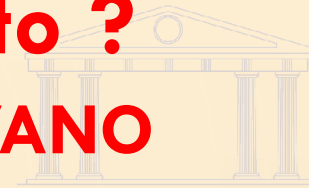
Table 3. Demographic and Clinical Characteristics, Comorbidities, and Outcomes of the First 1715 Patients

Variable	Overall ^a	ICU			P value ^b	Hospital			P value ^b
		Death in ICU	Discharged from ICU	Still in ICU		Death in hospital	Discharged from hospital	Still in hospital	
All patients	1715 (100)	836 (48.7)	865 (50.4)	14 (0.8)	.50	915 (53.4)	673 (39.2)	127 (7.4)	.50
Men	1398/1715 (81.5)	700 (50.1)	688 (49.2)	10 (0.7)	.03	763 (54.6)	514 (38.2)	101 (7.2)	.046
Women	317/1715 (18.5)	136 (42.9)	177 (55.8)	4 (1.3)		152 (47.9)	139 (43.8)	26 (8.2)	
Age, median (IQR), y	64 (56-70)	68 (62-73)	59 (52-66)	6 (52-65)	<.001	68 (62-73)	58 (52-64)	62 (55-67)	<.001
Comorbidities	1078/1652 (65.3)	594 (51.1)	604 (44.0)	10 (0.9)	<.001	633 (60.6)	357 (33.1)	68 (6.3)	<.001
None	574/1652 (34.7)	211 (36.8)	359 (62.5)	4 (0.7)	<.001	228 (39.7)	121 (19.9)	54 (9.4)	<.001
Hypertension	390/1703 (52.3)	500 (56.2)	181 (41.9)	8 (0.9)	<.001	511 (61.9)	283 (31.8)	56 (6.3)	<.001
Hypercholesterolemia	302/1652 (18.3)	191 (63.2)	110 (36.4)	1 (0.3)	<.001	214 (70.9)	74 (24.5)	14 (4.6)	<.001
Heart disease ^c	318/1652 (19.2)	198 (62.3)	111 (35.8)	3 (0.9)	<.001	204 (70.4)	76 (25.9)	18 (5.7)	<.001
Diabetes	284/1652 (17.2)	182 (64.1)	100 (35.3)	2 (0.7)	<.001	201 (70.8)	66 (23.2)	17 (6.0)	<.001
Malignant neoplasm ^d	191/1652 (11.6)	113 (59.2)	78 (40.8)	0	.004	122 (63.9)	59 (30.9)	10 (5.2)	.005
COPD	58/1652 (3.5)	39 (67.2)	19 (32.8)	0	.007	45 (77.6)	11 (19.0)	2 (3.4)	<.001
CKD	52/1652 (3.1)	41 (78.8)	11 (21.2)	0	<.001	44 (84.6)	7 (13.5)	1 (1.9)	<.001
Liver disease	49/1652 (2.7)	19 (42.2)	26 (57.8)	0	.43	21 (46.7)	20 (44.4)	1 (2.2)	.79
Other disease	271/1652 (16.4)	141 (52.0)	128 (47.2)	2 (0.7)	.26	155 (57.2)	98 (36.2)	18 (6.6)	.21
Time from onset of symptoms to ICU admission, median (IQR), d	8 (4-11)	7 (4-10)	8 (5-11)	9 (4-11)	.14	7 (4-10)	8 (5-11)	8 (4-11)	.07
No. of patients	1588	769	807	12	NA	844	631	113	NA

Mortalità Ospedaliera dei pazienti ricoverati in Terapia Intensiva nel corso del primo picco epidemico è stata superiore al 50%

Che cosa abbiamo fatto ?

Facciamo l'esempio di VIGEVANO

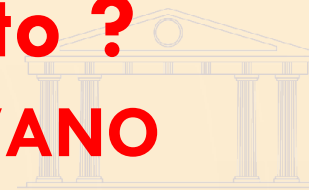


- Sono stati **raddoppiati i posti letto di Terapia Intensiva (da 7 a 15)**
- è stato deciso di attivare una costante **STEWARDSHIP INTENSIVA** e di **CURE PALLIATIVE** nei reparti COVID di degenza ordinaria ed in Pronto Soccorso.

Per **STEWARDSHIP** in ambito sanitario si intende una **relazione di aiuto sostenibile in termini sia di allocazione delle risorse che più propriamente etici.**

Che cosa abbiamo fatto ?

Facciamo l'esempio di VIGEVANO

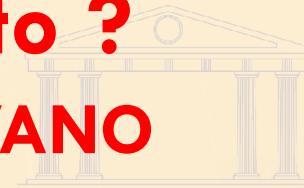


AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv

Come si è espressa la STEWARDSHIP INTENSIVA?

- **ottimizzando precocemente le terapie di supporto respiratorio**
- **attuando precocemente le necessarie terapie di *comfort***
- **identificando i pazienti che potevano maggiormente beneficiare di un ricovero intensivo**

Che cosa abbiamo fatto ? Facciamo l'esempio di VIGEVANO



AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv

Come si è espressa la **STEWARDSHIP** di **CURE PALLIATIVE** ?

- decidendo in **modo condiviso** un **approccio esclusivamente palliativo** per quei pazienti che non avrebbero ragionevolmente potuto beneficiare di un approccio intensivo.

ovvero



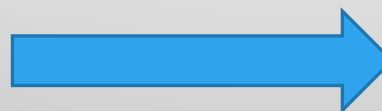
GRANDI INSUFFICIENZE D'ORGANO "END STAGE":
CURE INTENSIVE O CURE PALLIATIVE?

"DOCUMENTO CONDIVISO"

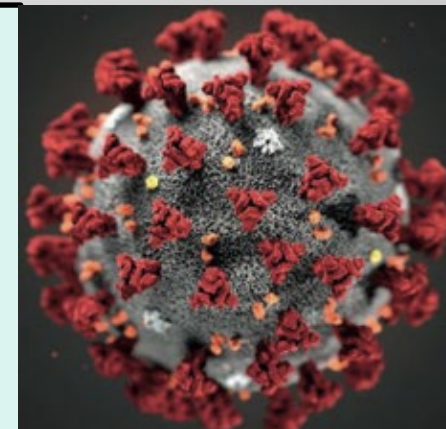
PER UNA PIANIFICAZIONE DELLE SCELTE DI CURA

Documento approvato e condiviso da:

- SOCIETÀ ITALIANA ANESTESIA ANALGESIA RIANIMAZIONE TERAPIA INTENSIVA (SIAARTI)
- ITALIAN RESUSCITATION COUNCIL (IRC)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE MEDICI CARDIOLOGI OSPEDALIERI (ANMCO)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA EMERGENZA URGENZA (SIMEU)
- SOCIETÀ ITALIANA CURE PALLIATIVE (SICP)
- SOCIETÀ ITALIANA NEFROLOGIA (SIN)
- ASSOCIAZIONE NAZIONALE INFERMIERI DI AREA CRITICA (ANIARTI)
- SOCIETÀ ITALIANA MEDICINA GENERALE (SIMG)
- ASSOCIAZIONE ITALIANA PNEUMOLOGI OSPEDALIERI (AIPO)



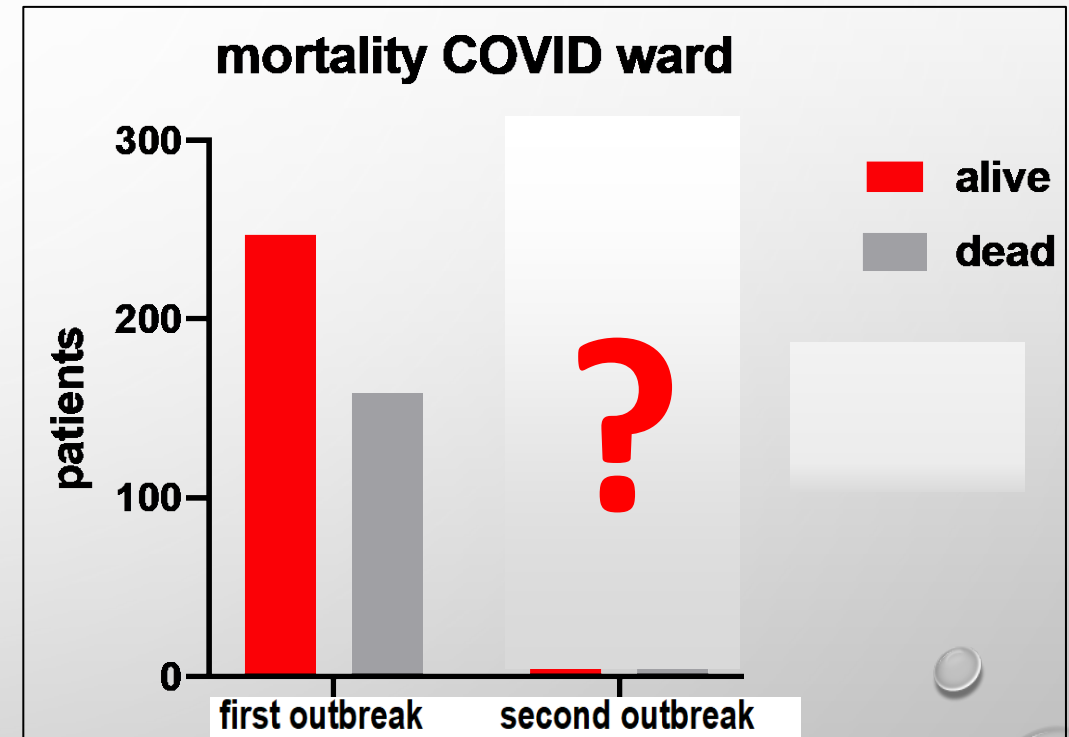
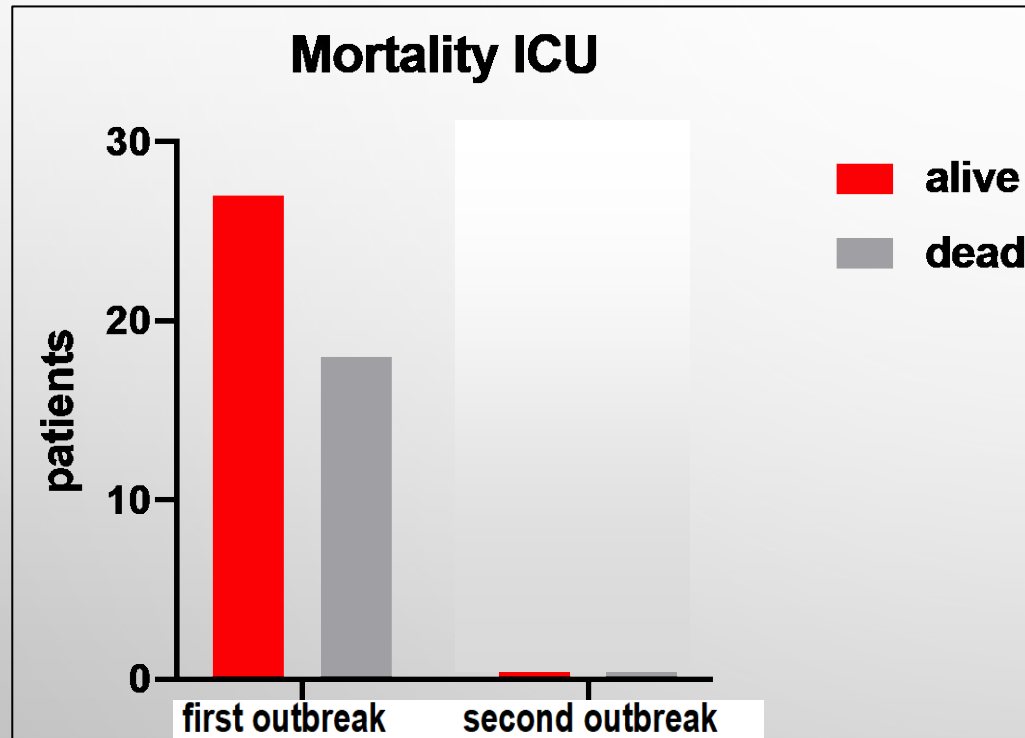
**RACCOMANDAZIONI
DI ETICA CLINICA
PER L'AMMISSIONE A
TRATTAMENTI INTENSIVI
E PER LA LORO SOSPENSIONE,
IN CONDIZIONI ECCEZIONALI
DI SQUILIBRIO TRA NECESSITÀ
E RISORSE DISPONIBILI**



COME è ANDATA ?



AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Maria odv



Ultimo stadio di malattia: cure intensive o cure palliative?



AMICI DELLE
CURE PALLIATIVE
Mariuccia e Giovanni Manera odv

CONCLUSIONI

- I **2 APPROCCI** non sono sempre separati dal punto di vista temporale
- Tuttavia vi sono dei **MOMENTI di SCELTA** dell'approccio.
- La scelta deve **BASARSI** sulle **EVIDENZE** ed i **documenti di riferimento** sono fondamentali
- La **CONDIVISIONE** delle scelte è indispensabile: tra curanti, con i pazienti, con i familiari
- Perché la condivisione sia efficace è importante la **CURA della COMUNICAZIONE**
- Valutare i **LIMITI delle CURE** deve essere un impegno di tutti i professionisti della sanità

CONSIDERARE i **LIMITI** delle **CURE** non significa **ARRENDERSI** alla **MORTE** ma al contrario è **SINONIMO** di **ATTENZIONE alla VITA**



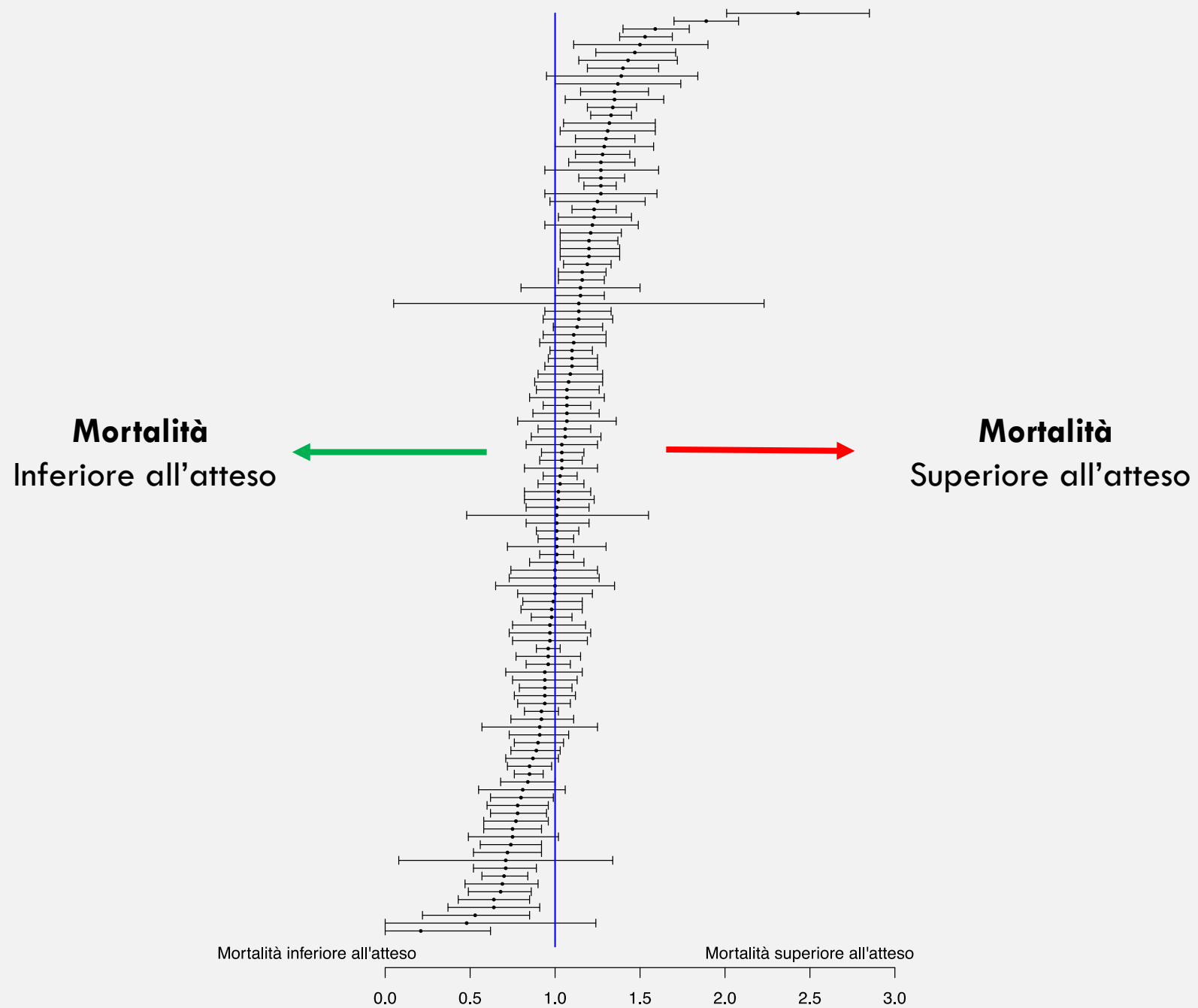
AMICI DELLE CURE PALLIATIVE

Mariuccia e Giovanni Manca odv



AMICI DELLE CURE PALLIATIVE

Mariuccia e Giovanni Manca odv





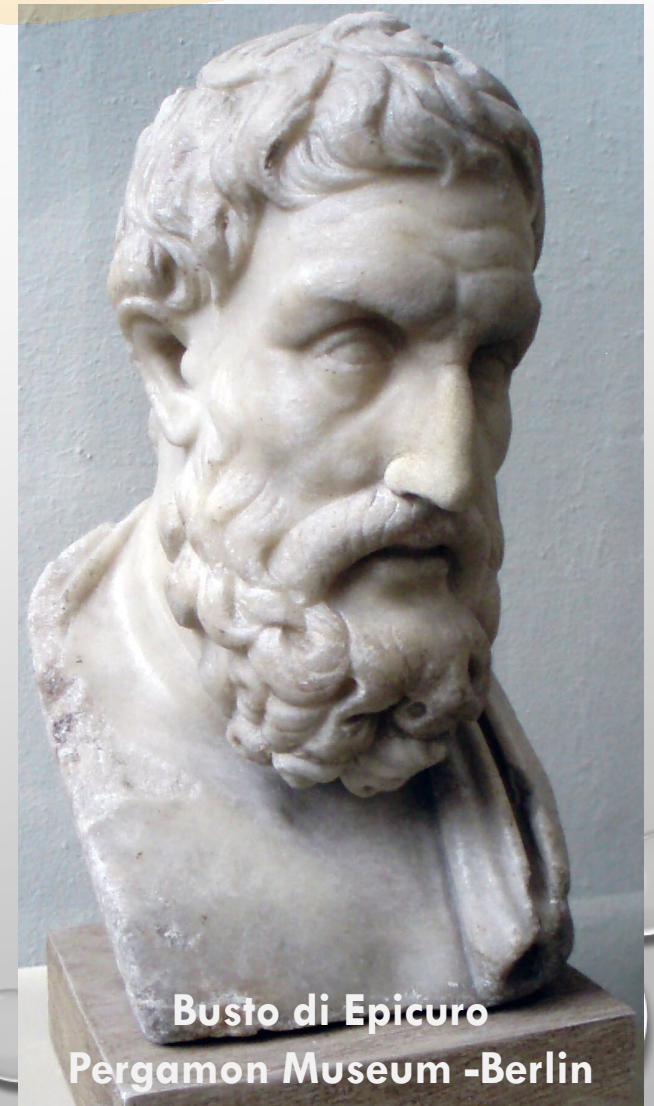
AMICI DELLE CURE PALLIATIVE

Mariuccia e Giovanni Manca odv



“Quando noi viviamo, la morte non c'è. Quando c'è lei, non ci siamo noi”.

EPICURO (341 – 270 a.C.)



Busto di Epicuro
Pergamon Museum -Berlin