

Deliberazione N. 0000311 del 24/02/2026

Struttura Proponente: UOSD Rischio Clinico

Centro di costo: G0DG43JD1S

Proposta: 0000354 del 17/02/2026

Oggetto:

AGGIORNAMENTO DEL PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE (PDTA) PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA

IL DIRETTORE GENERALE (*)
Angelo Aliquò

L'Estensore: **Luca Casertano**

Data 17/02/2026

Il Responsabile del Budget:

Data

Il Dirigente e/o il Responsabile del procedimento con la sottoscrizione della proposta, a seguito dell'istruttoria effettuata, attestano che l'atto è legittimo nella forma e nella sostanza.

Il Responsabile del Procedimento: **Luca Casertano**

Data 17/02/2026

Il Direttore della Struttura Proponente: **Luca Casertano**

Data 17/02/2026

Il Dirigente Addetto al Controllo di Gestione: **Miriam Piccini**

Data 20/02/2026

Conto Economico/Patrimoniale su cui imputare la spesa: **Presa Visione**

Direttore Amministrativo: **f.f. Miriam Piccini**

Data 20/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Direttore Sanitario: **Gerardo De Carolis**

Data 23/02/2026

Parere: **FAVOREVOLE**

Hash proposta: ce944f76291f60494f1fe18ae5db278a4181563aa5d801c5cde08c26d2ab807c

(*) Il documento è firmato digitalmente ai sensi del D.Lgs. 82/2005 s.m.i. e norme collegate

IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO

VISTI

- il D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni recante norme sul “Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell’art.1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 421”;
- la L.R. 16 giugno 1994 n. 18 e successive modifiche ed integrazioni recante “Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni – istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere”;
- l’intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano concernente la gestione del rischio clinico e la sicurezza dei pazienti e delle cure, ai sensi dell’art. 8, comma 6, della Legge 5 giugno 2003, n. 131;
- la Legge 8 marzo 2017, n. 24 “Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie”;
- la deliberazione aziendale n. 1353 del 18-8-2025 recante oggetto “Affidamento dell’incarico di direttore ad interim della struttura “UOSD Rischio Clinico” nell’ambito della Direzione Sanitaria al dott. Luca Casertano, ai sensi dell’art. 25 comma 4 CCNL 2019-2021 dell’area sanità”;

VISTA

l’atto di autonomia aziendale approvato con Delibera n. 150 del 3 febbraio 2025, che stabilisce che:

la Direzione Sanitaria e le strutture in staff ad essa afferenti monitorino le attività sanitarie ed agiscano sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni;

al fine di garantire la qualità e la sicurezza delle cure, nonché i migliori risultati possibili in salute con un uso efficiente delle risorse, vengono impiegate metodologie e strumenti quali le linee guida e i percorsi assistenziali basati su prove di efficacia, la gestione del rischio clinico, i sistemi informativi, a partire dalla cartella clinica integrata informatizzata, la valorizzazione del personale e la relativa formazione, l’integrazione disciplinare e multiprofessionale, la valutazione sistematica delle performance;

l’Azienda cura la stesura, revisione di PDTA e Procedure, per promuovere la qualità e la sicurezza delle cure;

VISTI

gli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione (diritti inviolabili, libertà personale, tutela della salute e principio del consenso informato);

VISTA

la Legge 15 marzo 2010, n. 38, recante “Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”, che tutela il diritto di accesso alle cure palliative e ne disciplina l’organizzazione in rete;

VISTA

la Legge 22 dicembre 2017, n. 219, recante “Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”;

VISTO

il DPCM 12 gennaio 2017 (LEA), che ricomprende cure palliative e terapia del dolore nell’ambito delle prestazioni garantite;

VISTO

il DM 23 maggio 2022, n. 77 (“modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”), che richiama l’organizzazione in rete e la continuità ospedale-territorio, includendo la rete cure palliative;

VISTA	la sentenza della Corte costituzionale n. 242/2019 in materia di suicidio assistito
VISTA	la DGR Regione Lazio 21 aprile 2022, n. 214, recante disposizioni in materia di cure palliative e terapia del dolore e recepimento di Intese/Accordi Stato–Regioni su accreditamento e requisiti delle reti;
VISTA	la DGR Regione Lazio 8 marzo 2024, n. 129, di approvazione del Piano Regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative (adulti e pediatrici) – anno 2024, con indirizzi su governance, reti locali e standardizzazione dei percorsi;
VISTA	la DGR Regione Lazio 23 maggio 2025, n. 356, “Piano regionale di potenziamento delle Reti di Cure Palliative – aggiornamenti per il 2025”;
VISTA	la Determinazione Regione Lazio 11 novembre 2025, n. G14930 inerente all’approvazione del documento tecnico “Le Cure Palliative in Ospedale: Inquadramento Strategico e Modelli di Integrazione nella Regione Lazio”, quale strumento di indirizzo regionale per l’organizzazione e l’erogazione delle cure palliative in ambito ospedaliero;
VISTA	la deliberazione aziendale n. 1568 del 12 dicembre 2018 recante oggetto «Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del processo di fine vita»;
VISTA	la mappatura del rischio sanitario effettuata dalla Regione Lazio e il relativo audit eseguito in data 11/03/2025;
PRESO ATTO	del report inerente alla mappatura citata al capoverso precedente, inviato all’A.O. S.Camillo Forlanini e indicante le azioni di miglioramento attese entro il 28/02/2026;
PRESO ATTO	delle osservazioni contenute nel suddetto report concernenti il PDTA sul fine vita dell’A.O. S.Camillo Forlanini, che prevedono la necessità di revisionare il Percorso di cui alla deliberazione aziendale n.01568 del 12/12/2018;
VISTO	l’allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale “percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del processo di fine vita” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;
RITENUTO OPPORTUNO	modificare la deliberazione aziendale n. 1568 del 12 dicembre 2018 recante oggetto «Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del processo di fine vita» adottando il PDTA citato al capoverso precedente in sostituzione di quello contenuto nella suddetta deliberazione aziendale n.01568 del 12/12/2018;
CONSIDERATO	che le procedure ed i percorsi aziendali saranno oggetto di periodica revisione triennale e che le procedure ed i percorsi saranno resi accessibili e consultabili da tutti gli operatori, tramite pubblicazione sul portale intranet di questa Azienda, nella pagina dedicata al Risk Management e alla Qualità;
VERIFICATO	che il presente provvedimento non comporta nessuna ulteriore spesa a carico dell’Azienda;
ATTESTATO	che il presente provvedimento, a seguito dell’istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall’art. 1 della Legge 20/94 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all’art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;

PROPONE

di modificare la deliberazione aziendale n. 1568 del 12 dicembre 2018 recante oggetto «Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del processo di fine vita», approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, “percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del processo di fine vita” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro dei PDTA Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

**IL RESPONSABILE UOSD RISCHIO CLINICO
(Dott. Luca Casertano)**

IL DIRETTORE GENERALE

- VISTE** le deliberazioni della Giunta Regionale Lazio n. 5163 del 30/06/1994 e n. 2041 del 14/03/1996;
- VISTI** l'art. 3 del D.Leg.vo n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, nonché l'art. 9 della L.R. n. 18/94;
- VISTO** il decreto del Presidente della Regione Lazio n. T00018 del 12 febbraio 2025
- VISTA** la propria deliberazione n. 316 del 6 marzo 2025;
- LETTA** la proposta di delibera, “aggiornamento del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) per la gestione del processo di fine vita” presentata dal Responsabile della UOSD Rischio Clinico;
- PRESO ATTO** che il Dirigente proponente il presente provvedimento, sottoscrivendolo, attesta che lo stesso, a seguito dell'istruttoria effettuata, nella forma e nella sostanza è totalmente legittimo, ai sensi dell'art. 1 della Legge 20/1994 e successive modifiche, nonché alla stregua dei criteri di economicità e di efficacia di cui all'art. 1, primo comma, della Legge 241/90, come modificato dalla Legge 15/2005;
- VISTI** i pareri favorevoli del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;

DELIBERA

di adottare la proposta di deliberazione di cui sopra e conseguentemente:

di modificare la deliberazione aziendale n. 1568 del 12 dicembre 2018 recante oggetto «Adozione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale per la gestione del processo di fine vita» approvando l'allegato documento, redatto da un gruppo di lavoro aziendale, “percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del processo di fine vita” che, unito al presente provvedimento ne costituisce parte integrante e sostanziale;

di dare mandato al Responsabile Aziendale del Rischio Clinico di inviare il documento citato al punto precedente ai Direttori di Dipartimento delle strutture interessate alla sua applicazione affinché lo inoltrino alle strutture ad essi afferenti per gli adempimenti di competenza;

di dare mandato ai Direttori di Dipartimento e di UU.OO. delle strutture interessate di divulgare il presente provvedimento a tutti gli operatori interessati, al fine di assicurarne l'attuazione, ciascuno per quanto di competenza;

di disporre che il presente provvedimento sia inserito nel Registro dei PDTA Aziendali tenuto dalla UOSD Rischio Clinico e disponibile sul sito intranet aziendale;

La struttura proponente curerà gli adempimenti consequenziali del presente provvedimento.

Il presente atto è pubblicato nell'Albo dell'Azienda nel sito internet aziendale www.scamilloforlanini.rm.it per giorni 15 consecutivi, ai sensi della Legge Regionale 31.10.1996 n. 45.

IL DIRETTORE GENERALE

(Dr. Angelo Aliquò)

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 1 di 57

	Gruppo di Lavoro Aziendale	Disciplina	Ruolo	Firma
REDAZIONE	Staff di coordinamento:			
	Luca Casertano	UOSD Rischio Clinico	Medico	Firmato
	Fabio Del Duca		Medico	Firmato
	Coordinatore:			
	Luigi Riccioni	UOC Anestesia e Rianimazione	Medico	Firmato
	Componenti:			
	Grazia Maria Attinà	UOC Chirurgia Gen. e d'Urgenza	Medico	Firmato
	Alfonso Bernardini	Coord Donazione organi e tessuti	Infermiere	Firmato
	Enrico Carmenini	UOC Malattie del fegato	Medico	Firmato
	Elena Cavalieri	UOC Ematologia	Medico	Firmato
	Giovanni Colombo	UOC Medicina d'Urgenza	Medico	Firmato
	Arianna Crosti	UOc Shock e Trauma	Medico	Firmato
	Roberta Delle Fratte	DIPRO	Infermiera	Firmato
	Edoardo De Ruvo	UOS Terapia del Dolore	Medico	Firmato
	Stefano De Santis	UOSD Rete Cure Palliative ASL RM3	Medico	Firmato
	Francesca Fiore	UOC Medicina Interna	Medico	Firmato
	Teresa Gentile	Coord Donazione organi e tessuti	Medico	Firmato
	Nico Gizzi	Servizio Psicologia	Psicologo	Firmato
	Giorgio Marcelli	UOSD Medicina Legale	Medico	Firmato
	Simone Pollo	Dip. Filosofia Università La Sapienza	Bioeticista	Firmato
	Sara Ramponi	UOC Oncologia Medica	Medico	Firmato
	Serena Ricciardi	UOS Pneumonologia	Medico	Firmato
	Ester Sgambato	UOC Medicina Interna	Medico	Firmato
	Maria Immacolata Tedesco	UOC Medicina Interna	Infermiera	Firmato
	Maurizio Zucco	UOC Neurologia	Medico	Firmato
	Sabrina Anticoli	UOSD Stroke Unit	Medico	Firmato
	Luca Bertaccini	UOSD Neuroradiologia	Medico	Firmato
Vincenzo Gammone	UOC Neurochirurgia	Medico	Firmato	
Silvia La Cesa	UOC Neurologia	Medico	Firmato	
Fabiola Lapolla	UOSD Anest. e Rian. Testa Collo	Medico	Firmato	

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 2 di 57

		Firma
VERIFICA	Dott. Luca Casertano Responsabile U.O.S.D. Rischio Clinico	Firmato
APPROVAZIONE	Dott. Gerardo De Carolis Direttore Sanitario Aziendale	Si veda atto deliberativo
VALIDAZIONE	Dott. Angelo Aliquò Direttore Generale	Si veda atto deliberativo

Rev.	Data	Causale delle modifiche	Codifica
01	11/02/2026	Revisione	a cura del Responsabile U.O.S.D. Rischio Clinico

<i>TRASMESSO IL: 11/02/2026</i>	<i>CODIFICATO IL: 11/02/2026</i>	<i>DISTRIBUITO IL:</i>
---------------------------------	----------------------------------	------------------------

Lista di distribuzione (I livello)
Direttore Sanitario
Direttore Amministrativo
Direttori di Dipartimento
Direttori di Strutture Complesse
Direttori di Strutture Semplici a valenza Dipartimentale; Responsabili di Strutture Semplici

Un sincero ringraziamento alla **Dr.ssa Rita Lucia Putini** per il significativo contributo all'elaborazione del documento, in particolare alla stesura dell'allegato 14.6 "Cardiologia".

*I lavori del PDTA sono iniziati sotto la guida di un collega e un amico che con la saggezza e l'equilibrio che lo contraddistinguevano ne ha orientato i primi passi fino alla sua prematura scomparsa. Questo documento è dedicato alla memoria del **Dr. Antonio Silvestri**.*

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 3 di 57

INDICE

1.	PREMESSA	5
2.	SCOPO	7
	2.1 ANALISI RETROSPETTIVA E RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE	7
3.	CAMPO DI APPLICAZIONE	10
4.	CRITERI DI ACCESSO	10
5.	DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI	12
6.	DIAGRAMMI DI FLUSSO	13
7.	RESPONSABILITA'	16
8.	AZIONI	17
	8.1 Considerazioni preliminari	17
	8.2 Processo decisionale in situazione ordinaria	17
	8.3 Condivisione del percorso di cura	18
	8.4 Consulenza di cure palliative	19
	8.5 Percorsi di fine vita	19
	8.6 Compilazione della cartella clinica	20
	8.7 Pianificazione anticipata dell'emergenza	21
	8.8 Decisioni di fine vita in emergenza	22
	8.9 Autonomia decisionale del paziente e ruolo dei familiari	22
	8.10 Patologie chirurgiche e fine vita	23
	8.11 Brain team	24
	8.12 Identificazione del potenziale donatore di organi e tessuti	25
	8.13 Richiesta di suicidio assistito	26
9.	SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI	26

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 4 di 57

10.	EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE	26
11.	MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO	27
12.	BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	27
13.	REVISIONE E AGGIORNAMENTO	30
14.	ALLEGATI	30
	14.1 Bioetica	31
	14.2 Oncologia	34
	14.3 Cure palliative	39
	14.4 Medicina Interna	41
	14.5 Medicina d'Urgenza	44
	14.6 Cardiologia	46
	14.7 Donazione di organi	49
	14.8 Ematologia	52
	14.9 Assistenza infermieristica	55
	14.10 Protocollo SPIKES	57

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 5 di 57

1. PREMESSA

Negli ultimi decenni, il costante aumento dell'aspettativa di vita ha portato a un inevitabile incremento delle patologie croniche e delle comorbidità, contribuendo in una percentuale significativa di casi a un deterioramento della qualità di vita percepito come inaccettabile dalla persona malata.

Quando l'obiettivo della guarigione non è più raggiungibile o, comunque, il suo perseguimento comporterebbe per il paziente un costo troppo alto in termini di sofferenze fisiche e/o psicologiche causate dai trattamenti, l'obiettivo delle cure deve limitarsi a rendere migliore possibile la qualità della vita residua.

Sul piano etico è largamente condiviso il principio che *ogni trattamento clinicamente non appropriato o clinicamente appropriato ma non accettato da una persona e quindi non proporzionato non deve essere iniziato o deve essere sospeso con modalità tali da rispettare la dignità della persona e la sensibilità dei suoi familiari* (SIAARTI 2018).

Tuttavia nell'attività clinica ospedaliera accettare che in una persona malata l'obiettivo di alleviare le sofferenze debba prevalere su quello di prolungare la sopravvivenza rappresenta una delle prove più gravose e stressanti da affrontare per i curanti. Infatti, in tutto il mondo occidentale il percorso formativo di medici e infermieri centrato unicamente sui trattamenti finalizzati alla guarigione, il timore di eventuali contenziosi legali e la riluttanza al proprio coinvolgimento emotivo nella gestione del fine vita e del dolore delle persone care alla persona morente si traducono sovente nell'erogazione di trattamenti futili a oltranza. Questa situazione è particolarmente frustrante nel caso dei trattamenti invasivi e/o intensivi che, pur potendo arrecare al paziente disagi e sofferenze in misura superiore ai possibili benefici, difficilmente vengono limitati a causa dell'incertezza prognostica insita nella scienza medica e dell'impreparazione psicologica al cambio di rotta. La rimodulazione delle cure verso la palliazione, infatti, comporta una radicale modifica degli obiettivi e delle strategie di trattamento che possono essere percepiti dal team curante come estremamente distanti dalla propria *mission*.

Eppure la decisione di non avviare (*withholding*) o sospendere (*withdrawing*) i trattamenti inappropriati e/o sproporzionati è pienamente legittima sia sul piano etico sia su quello giuridico. Infatti, oltre agli articoli del codice deontologico sia medico che infermieristico dedicati all'appropriatezza e alla proporzionalità delle cure al paziente morente e a quello con prognosi infausta, ai pareri del Comitato Nazionale per la Bioetica (CNB) e alle raccomandazioni contenute nei documenti delle società scientifiche, anche la legislazione contribuisce a delineare con sufficiente chiarezza il perimetro all'interno del quale deve essere effettuata la gestione del fine vita. Infatti, seppure in assenza di una legge dedicata integralmente a questo specifico tema, i principi giuridici a cui il team

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 6 di 57

curante deve fare riferimento, in aggiunta a quelli enunciati negli articoli della Costituzione, sono contenuti in due atti normativi:

- la Legge 38/2010 *“Disposizioni per garantire l’accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”*, che tutela il diritto del cittadino, anche nel caso di patologie croniche evolutive non stabilizzabili dai possibili trattamenti esistenti, a ricevere adeguate cure finalizzate al controllo della sofferenza, che non è più considerata un elemento inevitabile del percorso di malattia
- la Legge 219/2017 *“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento”*, che fornisce alla persona malata una serie di strumenti in grado di garantirne l’autonomia decisionale non solo nelle situazioni contingenti (consenso informato) ma anche nel caso di un’eventuale futura incapacità di autodeterminarsi per una patologia imprevedibile (disposizioni anticipate di trattamento) o per la naturale evoluzione di una patologia cronica (pianificazione condivisa delle cure)

L’esigenza di strumenti ancora più efficaci nell’orientare i curanti in un processo decisionale così complesso oltre che psicologicamente stressante ha determinato nel giro di pochi anni in molti ospedali italiani il fiorire di una voluminosa mole di documenti aziendali, con l’obiettivo di adattare alle realtà locali le raccomandazioni e i principi contenuti in quelli nazionali e internazionali. L’attenzione di un documento aziendale è concentrata soprattutto sugli aspetti organizzativi, delineando percorsi e assegnando specifici compiti ai diversi professionisti coinvolti in conformità alle risorse disponibili.

Nel nostro ospedale sono stati elaborati nel corso degli anni:

- *“Raccomandazioni per un percorso clinico-assistenziale dedicato al paziente al termine della vita in area critica (Terapia Intensiva, Pronto Soccorso, medicina d’Urgenza) e in degenza ordinaria (medica o chirurgica)”*, approvato dal Comitato Etico in data 12/9/2006, protocollo n. 1096
- *“Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura nel paziente affetto da insufficienza cronica d’organo end stage”*, approvato con delibera n.1381 del 15/11/2016
- *“Percorso diagnostico terapeutico assistenziale per la gestione del processo di fine vita”*, approvato con delibera n. 1568 del 12/12/2018

Nella stesura di quest’ultimo lavoro, particolarmente rilevante in quanto primo PDTA italiano dedicato alla gestione del fine vita, era stata contemplata una revisione periodica. Il presente documento ne rappresenta una versione aggiornata in base alle evidenze scientifiche emerse nel periodo successivo all’approvazione e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 7 di 57

Per favorirne la lettura è stato deciso di suddividerne la struttura in due parti. Nella prima vengono fornite le raccomandazioni per orientare il processo decisionale e vengono illustrati i percorsi di fine vita. Nella seconda vengono affrontati, sotto forma di allegati, specifici temi non indispensabili per la comprensione del PDTA e pertanto riservati al lettore desideroso di approfondire la conoscenza di situazioni di competenza specialistica e/o di particolari aspetti culturali e gestionali.

2. SCOPO

Il PDTA è stato elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare con i seguenti obiettivi:

- migliorare e uniformare l'approccio del team curante alla gestione del fine vita, standardizzando il metodo per il processo decisionale, stabilendo i compiti di tutti gli attori coinvolti e delineando i possibili percorsi clinici per la persona morente
- potenziare le competenze degli operatori sul fine vita, ottimizzandone le capacità comunicative e arricchendone la cultura in campo clinico, etico e medico legale, sia mediante la divulgazione del documento sia attraverso la programmazione di attività formative
- aumentare la sensibilità del team sull'importanza di una tempestiva e appropriata gestione del dolore in ogni situazione clinica e sulla necessità di adeguato trattamento palliativo nel caso di rimodulazione delle cure

2.1 ANALISI RETROSPETTIVA E RICOGNIZIONE DELL'ESISTENTE

I dati riportati in questo paragrafo sono stati raccolti dal flusso SDO del SIO Aziendale.

DIMESSI PER ANNO DIMISSIONE E TIPO DIMISSIONE											
Anno Dimissione	Dimessi	0=Domicilio	1=Domicilio ordinario presso strutture residenziali territoriali	2=Trasferimento ad altro istituto di cura, pubblico o privato, p	3=Trasferimento ad altro istituto pubblico o privato di riabilitazione	4=Volontario	5=Decesso	6=Dimissioni protette	7=Dimissione presso lo stesso IRC ad altro regime o altra tipologia	8=Dimissione a domicilio in attesa di completamento dell'iter d	9=Dimissione a domicilio del paziente con attivazione di assiste
2020	35.475	18.812	277	1.373	664	1.218	1219 (3.4%)	9.921	588	1.302	101
2021	35.605	19.078	545	884	1.206	990	1271 (3.6%)	9.719	454	1.360	98
2022	37.427	20.405	605	915	1.353	992	1205 (3.2%)	10.574	344	922	112
2023	39.258	20.386	589	825	1.346	1.199	1291 (3.3%)	12.458	192	838	134
2024	38.691	20.016	611	781	1.354	1.045	1244 (3.2%)	12.474	156	821	189

Tabella n. 1 Dimessi per anno, dimissione e tipo di dimissione

La tabella 1 evidenzia che tra i pazienti ricoverati negli anni 2020-2024, la percentuale dei pazienti deceduti è compresa tra il 3.2 e il 3.6%. Il trend in netto calo rispetto al quinquennio 2013-2017 (3.8-5%) è presumibilmente da attribuire al miglioramento dei percorsi di fine vita (hospice, domicilio) e

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 8 di 57

di quelli dedicati ai pazienti anziani/fragili (domicilio, RSA e altre strutture territoriali), con marcato aumento del numero dei ricoveri in conseguenza dell'incremento del *turn over*.

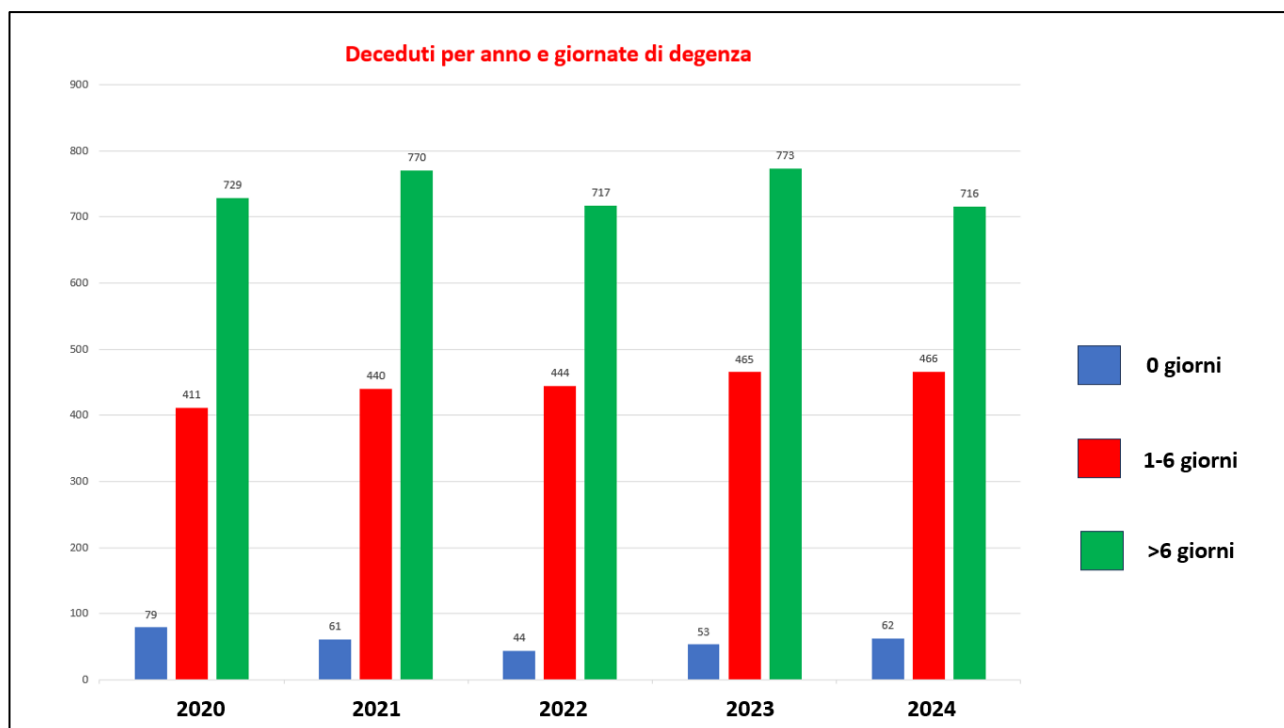


Grafico n. 1 Deceduti per anno e giornate di degenza

Come evidenziato dal grafico, solo un esiguo numero di decessi si verifica entro le prime 24 ore dall'ingresso in ospedale, presumibilmente in situazioni e ambienti che possono renderne difficile la gestione (PS, sala operatoria, etc). È verosimile, invece, che nella maggior parte dei casi il contesto sia favorevole all'applicazione delle raccomandazioni e dei percorsi delineati nel PDTA. Da notare la sostanziale omogeneità dei dati nel corso del quinquennio.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 9 di 57

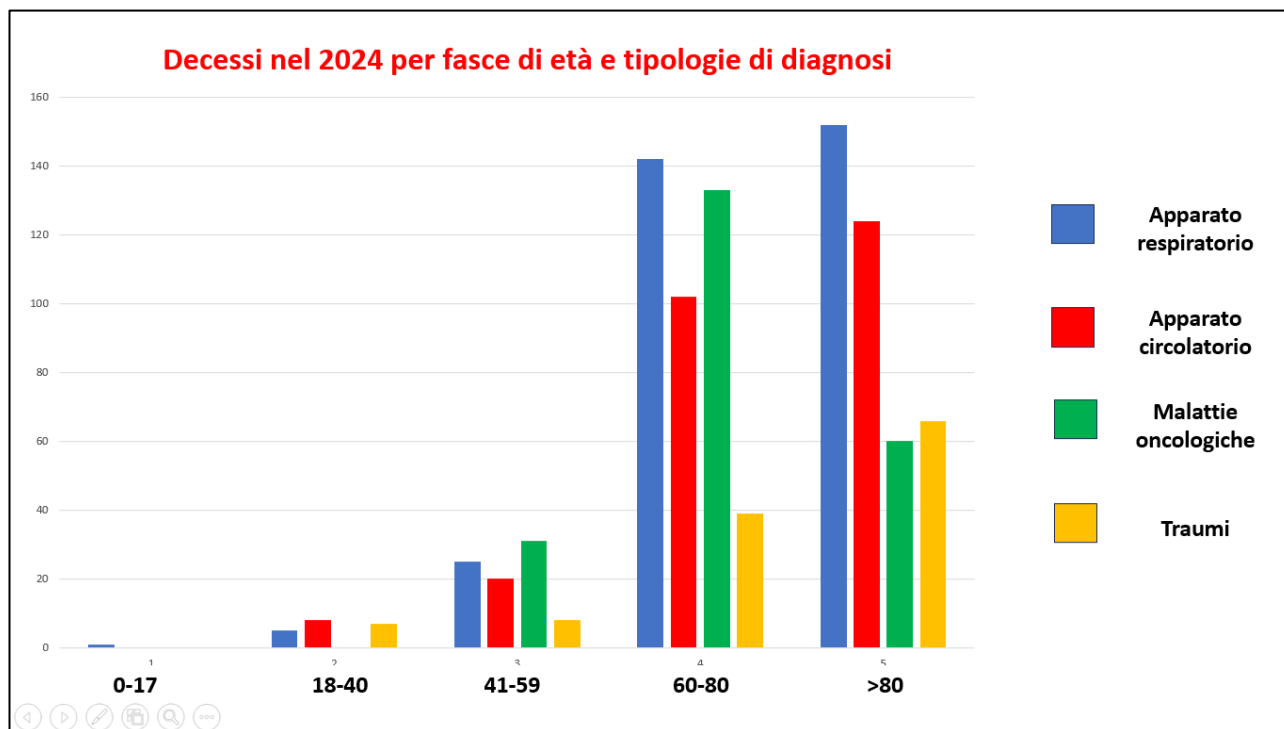


Grafico n. 2 Decessi nel 2024 per fasce di età e tipologie di diagnosi

Nel 2024, anno evidenziato nel grafico, le principali quattro cause di morte non si sono differenziate dagli altri anni del quinquennio. In particolare il numero maggiore di decessi è da riferire a cause respiratorie. A differenza delle morti da causa respiratoria e circolatoria, che aumentano progressivamente con l'età, i decessi dei pazienti oncologici raggiungono la massima percentuale tra 60 e 80 anni per poi diminuire oltre gli 80 anni.

DATI	ANNI	2020	2021	2022	2023	2024
CEREBROLESII MONITORATI		240	369	247	303	246
ACCERTAMENTI PER CRITERI NEUROLOGICI		41	49	40	51	50
ACCERTAMENTI PER CRITERI CARDIOLOGICI		0	0	0	1	2
DONAZIONI MULTIORGANO		24	22	29	28	28
DECESSI VALUTATI IDONEI PER CORNEE	COVID		39	92	92	131
DONAZIONI CORNEE		32	26	46	30	35

Tabella n. 2 Accertamenti di morte e donazioni

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 10 di 57

La tabella 2 mostra, rispetto agli anni precedenti, un netto incremento degli accertamenti di morte con criteri neurologici e l'introduzione anche nella nostra azienda degli accertamenti con criteri cardiaci. Rimane elevato, tuttavia, il numero delle opposizioni alla donazione sia di organi che di cornee. Questo dato preoccupante, in linea con il trend nazionale, è probabilmente legato alla diffidenza e alla percezione discretamente diffusa nella popolazione, alimentata da informazioni riportate in modo scorretto dai media, del rischio di errori nella diagnosi di morte (DBD) o nell'inquadramento prognostico (DCD).

3. CAMPO DI APPLICAZIONE

A CHI	Il PDTA è dedicato a tutte le figure professionali aziendali coinvolte, anche solo occasionalmente, nella gestione del fine vita. Pertanto è rivolto sia ai medici e agli infermieri di ogni unità operativa aziendale, sia agli altri professionisti chiamati a fornire il proprio contributo in casi particolari (psicologo, bioeticista, etc)
DOVE	Deve essere applicato in tutti i setting assistenziali aziendali (Pronto Soccorso, Terapie Intensive, Reparti di degenza ordinaria medici e chirurgici)
PER CHI	È finalizzato a scegliere il percorso di cura più appropriato e proporzionato per le persone malate adulte (> 18 anni) con prognosi infausta a breve/brevissimo termine
QUANDO	Deve essere avviato in qualsiasi fase del ricovero ospedaliero, non appena la criticità del quadro clinico suggerisca al team curante l'opportunità di discutere l'indicazione alla rimodulazione delle cure in senso palliativo

4. CRITERI DI ACCESSO

Hanno accesso al PDTA i pazienti adulti con patologia talmente grave o in fase talmente avanzata da far supporre che per loro possa essere più appropriato un percorso di cure palliative piuttosto che un percorso di trattamenti finalizzati ad obiettivi non raggiungibili realisticamente (guarigione, significativo prolungamento della vita e/o miglioramento della qualità di vita).

Schematicamente distinguiamo 6 situazioni:

- patologia oncologica in fase terminale

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 11 di 57

- insufficienza cronica d'organo in fase end stage*
- paziente fragile** con patologia acuta teoricamente trattabile intensivamente
- paziente fragile** con patologia acuta teoricamente trattabile chirurgicamente
- accidente cerebrale acuto a prognosi sfavorevole (trauma, emorragia, ischemia, etc)
- patologia acuta gravissima per la quale il team curante maturi il convincimento che le condizioni cliniche non siano reversibili neanche con trattamenti intensivi massimali

* Per le definizioni delle varie insufficienze d'organo fare riferimento al *Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura nel paziente affetto da insufficienza cronica d'organo "end stage"*, approvato con delibera n. 1381 del 15 novembre 2016

** La fragilità è una condizione clinica caratterizzata da una ridotta riserva funzionale e una minore capacità di risposta dell'organismo agli stress, anche di modesta consistenza.

I principali strumenti per valutarne l'entità sono:

- Clinical Frailty Scale (CFS)
- Fried's Frailty Phenotype
- Frailty Index (Rockwood)

4.1 Codici ICD.9

Diagnostiche	Descrizione
191-192-225	Neoplasia cerebrale
290.0-290.3	Demenza senile - Demenza senile con delirium
332-332.1	Morbo di Parkinson - Parkinsonismo secondario
335.20	Sclerosi laterale amiotrofica
338.3-338.4	Dolore correlato a neoplasia-Sindrome da dolore cronico
348.1-348.4-348.5	Anossia - Compressione dell'encefalo - Edema cerebrale
348.8	Morte cerebrale
404.02-404.03	Cardionefropatia ipertensiva maligna
410	Infarto miocardico acuto
427	Arresto cardiorespiratorio
428	Scompenso cardiaco
430-431-432	Emorragia cerebrale
433-434	Occlusione e stenosi arterie cerebrali
518.81-518.83	Insufficienza respiratoria acuta - Insufficienza respiratoria cronica
571.2-571.5	Cirrosi epatica alcoolica-Cirrosi epatica senza menzione di alcol
785.5-785.51	Shock senza menzione di trauma - Shock cardiogeno
798.2	Morte da causa sconosciuta
798.9	Morte senza assistenza

Procedure	Descrizione
89.99	Accertamento di morte encefalica senza donazione di organi
94.11	Valutazione stato mentale

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 12 di 57

99.60	Rianimazione cardiopolmonare
I-03.90	Inserzione di catetere nel canale vertebrale per infusione di sostanze palliative
I-99.90	Sedazione profonda

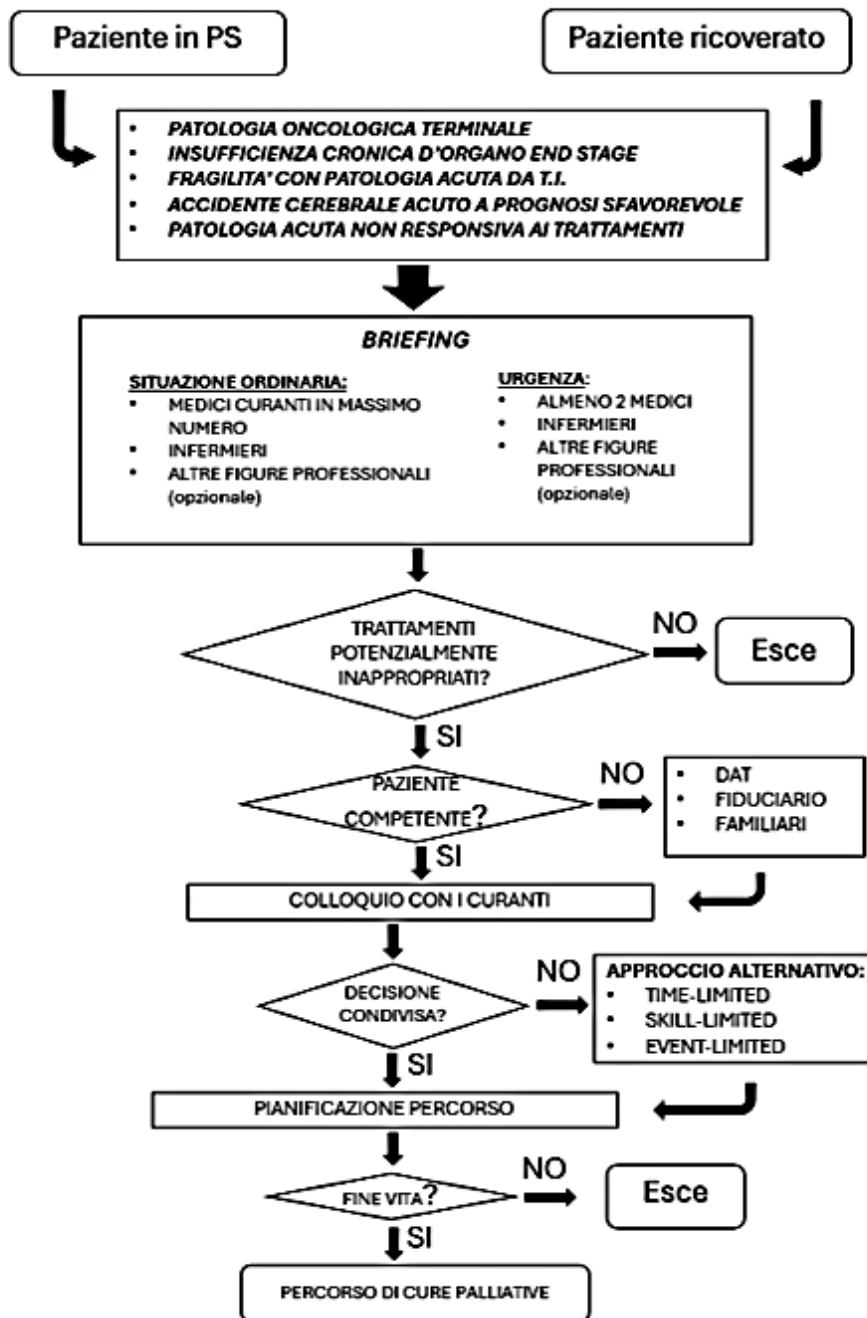
5. DEFINIZIONI, TERMINOLOGIA ED ABBREVIAZIONI

ADL	Activities of Daily Living
CAD	Centro di assistenza domiciliare
CFS	Clinical Frailty Scale
CIA	Coefficiente Intensità Assistenziale
CME	Commissione Morte encefalica
CNB	Comitato Nazionale per la Bioetica
CNT	Centro Nazionale Trapianti
CP	Cure Palliative
DAT	Disposizioni Anticipate di trattamento
DBD	Donation after Brain Death
DCD	Donation after Cardiac Death
DEA	Dipartimento emergenza accettazione
DH	Day Hospital
DNAR	Do Not Attempt Resuscitation
DRG	Diagnosis Related Group
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ICD-9	Classificazione internazionale delle malattie
IMA	Infarto Miocardico Acuto
LEA	Livelli essenziali di assistenza
ME	Morte Encefalica
MMG	Medico Medicina Generale
MRC	Medical Research Council
NCH	Neurochirurgia
NEWS	National Early Warning Score
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PAI	Piano assistenziale individuale
PDO	Potenziale donatore organi
PS	Pronto soccorso
SDO	Schede di Dimissione Ospedaliera
SIO	Servizio informativo ospedaliero
S.I.A.A.R.T.I.	Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
SOFA	Sequential Organ Failure Assessment
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
T.I.	Terapia Intensiva
UCPD	Unità operativa di cure palliative domiciliari
UO	Unità Operativa
UOC	Unità Operativa Complessa
UOSD	Unità Operativa Semplice Dipartimentale
UOS	Unità Operativa Semplice
VAD	Ventricular Assist Device

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 13 di 57

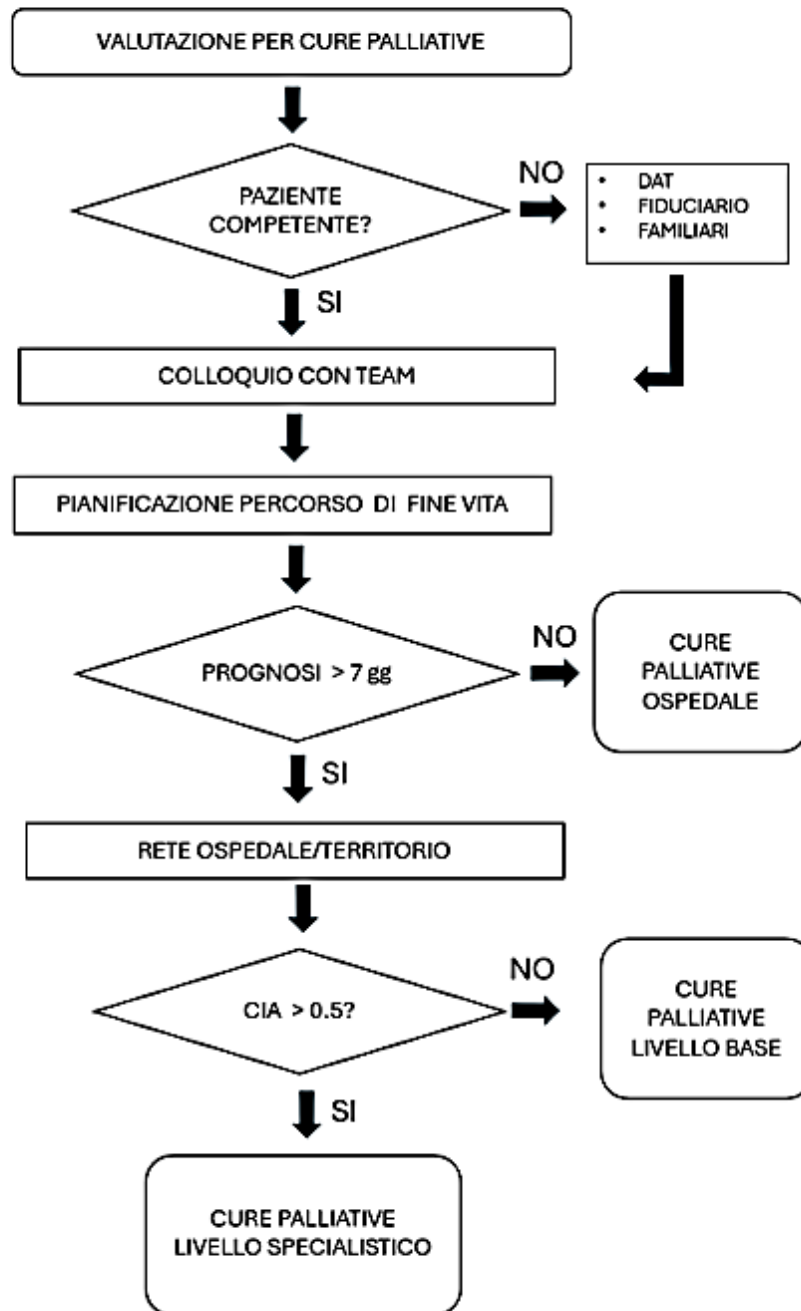
6. DIAGRAMMI DI FLUSSO

6.1 Flow-chart Processo decisionale nel fine vita



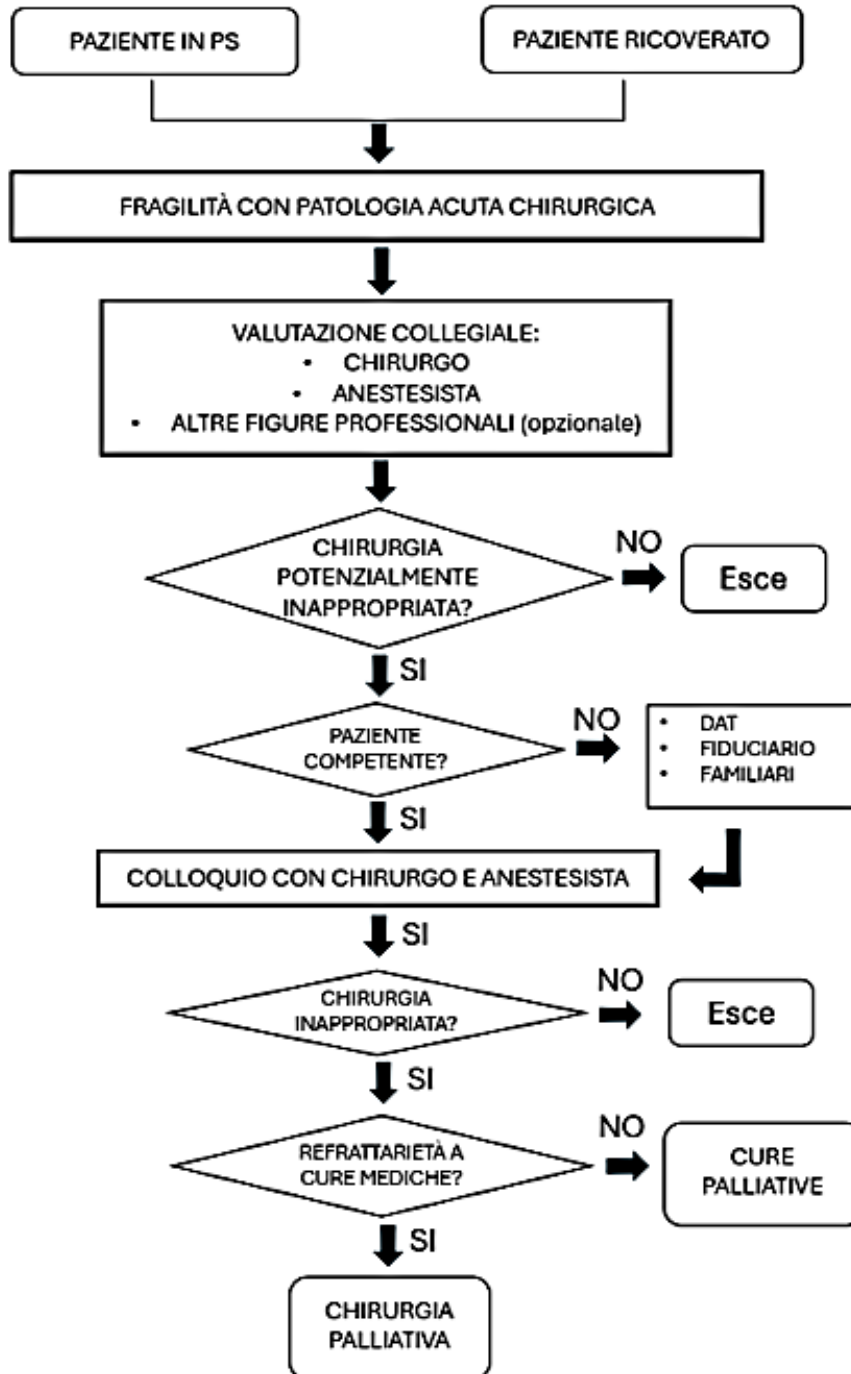
PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 14 di 57

6.2 Flow-chart Valutazione per cure palliative



PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 15 di 57

6.3 Flow-chart Chirurgia nel paziente fragile



PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 16 di 57

7. RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ OPERATORE	Medico curante*	Infermiere	Direttore U.O.	Anestesista-rianimatore	Palliativista**	Medico specialista***	Chirurgo	Medico Coordinamento Donazione organi	Psicologo	Bioeticista
Colloquio con paziente	R	C	I	C	C	C	C		C	
Colloquio con familiari	R	C	I	C	C	C	C		C	
Briefing decisionale	R	I	C	C	C	C	C		C	C
Sospensione trattamenti futili	R	C	I	I	I	I	I			
Compilazione cartella clinica	R	I	I	I	I	I	I			
Indicazione chirurgica	C	I	I	C	I	I	R			
Cure palliative	C	C	I	C	R	I	I		C	
Individuazione potenziale donatore	R	I	I	C				C		
Colloquio per donazione	C	C	I	C				R	C	

R = Responsabile; **C** = Collabora; **I** = Informato

*Medico curante: il medico che ha in carico il paziente

**Palliativista: UOC Oncologia Medica per le patologie oncologiche, UOC Medicina Interna per patologie non oncologiche

***Medico specialista: il consulente chiamato in causa nello specifico caso clinico

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 17 di 57

8. AZIONI

8.1 Considerazioni preliminari

Quando una persona malata versa in una situazione di gravità estrema o, in caso di patologia cronica, entra nella fase terminale del suo ciclo vitale, il team curante ha il dovere di interrogarsi sul percorso di cura più indicato in quel particolare contesto, stabilendo se l'interesse di quella persona sia realmente quello di ricevere trattamenti intensivi/invasivi o se al contrario dovrebbe essere preferita una strategia di cure palliative.

Non attuare o sospendere un trattamento clinicamente appropriato sul piano strettamente tecnico ma potenzialmente inappropriato nella specifica situazione in esame (in quel momento della vita di quella persona, in quella fase della sua malattia) è un atto doveroso sul piano clinico, etico e deontologico.

8.2 Processo decisionale in situazione ordinaria

Questa radicale rimodulazione della strategia assistenziale è un processo troppo impegnativo per essere affidato all'estemporanea decisione di un singolo professionista e deve perciò, al contrario, sempre rappresentare l'attuazione di un piano condiviso, maturato nell'ambito di una scrupolosa valutazione da parte del team curante.

È raccomandato che nel processo decisionale sia coinvolto il maggior numero di professionisti possibile della UO cui è affidata la gestione della persona malata (idealmente il team al completo). Data la rilevanza del provvedimento, la rimodulazione delle cure deve essere decisa in occasione di un apposito **briefing**, pianificato *ad hoc*, con la partecipazione di un numero di medici e infermieri sufficientemente rappresentativi dell'intero team. In particolare devono essere prese in considerazione e attentamente valutate le perplessità e le eventuali voci di dissenso alla rimodulazione dei trattamenti, emerse nei giorni precedenti. L'inquadramento clinico e la valutazione prognostica sono a carico dei medici ma la strategia gestionale deve essere pienamente condivisa con gli infermieri e gli altri professionisti coinvolti nell'assistenza.

Può essere valutata l'opportunità di allargare la partecipazione al *briefing* anche a figure professionali "esterne" alla UO, ma le decisioni di fine vita non devono mai essere demandate integralmente allo specialista chiamato in consulenza, in quanto devono basarsi sulla valutazione globale della persona malata piuttosto che sulla mera analisi tecnica di una specifica disfunzione. Oltre ai medici specialisti

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 18 di 57

nella patologia principale del paziente e/o nelle sue altre comorbidità, può essere richiesta la presenza di palliativista, bioeticista, psicologo o di qualsiasi altra figura in grado di fornire un apporto significativo al processo decisionale. La multidisciplinarietà garantisce la qualità e la meticolosità della valutazione e rappresenta pertanto una risorsa a cui si deve ricorrere senza indugio in ogni occasione in cui se ne avverta la potenziale utilità.

La decisione finale di avviare il paziente alle cure palliative deve avvenire dopo avere coinvolto i vari specialisti che ruotano intorno alla patologia e al paziente al fine di aver escluso con ragionevole certezza opzioni terapeutiche di competenza di altra disciplina.

Il ruolo di **team leader** nel corso del *briefing* deve essere ricoperto da un medico dotato di adeguata autorevolezza ed *expertise* (direttore UO, responsabile di reparto, medico "di continuità", medico più esperto all'interno del gruppo di valutazione), con la capacità di guidare la discussione favorendo la libera espressione dei pareri all'interno del gruppo, impedendo condizionamenti e prevaricazioni. Anche nelle occasioni in cui non partecipi direttamente al *briefing*, il direttore della U.O. deve comunque sempre essere informato del piano di cura condiviso.

8.3 Condivisione del percorso di cura

Per tutelare al massimo grado il diritto della persona malata a ricevere trattamenti appropriati e per ridurre al minimo il *moral distress* degli operatori, è auspicabile che il percorso di cura sia condiviso all'unanimità all'interno del team. In mancanza di totale condivisione, continuando a mirare alla collegialità della decisione, è consigliabile adottare un approccio alternativo che soddisfi anche le persone indecise o contrarie alla rimodulazione dei trattamenti:

- *time-limited*: terapia massimale per un limitato lasso di tempo predefinito, dopo il quale si procederà ad una nuova e definitiva valutazione collegiale avendo a disposizione ulteriori elementi per la decisione
- *skill-limited*: prosecuzione delle cure in atto stabilendo tuttavia preventivamente di non innalzarne ulteriormente il livello perché, se ciò risultasse indicato, significherebbe l'evoluzione verso la prognosi infausta
- *event-limited*: prosecuzione delle cure in atto stabilendo tuttavia preventivamente la loro rimodulazione nel caso di comparsa di ulteriori complicanze indicative di evoluzione verso la prognosi infausta

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 19 di 57

8.4 Consulenza di cure palliative

Il team curante può avvalersi della consulenza di cure palliative in tutte le situazioni in cui potrebbe apportare un contributo significativo alla gestione del fine vita:

- partecipazione all'inquadramento prognostico e al processo decisionale in situazioni particolarmente complesse sul piano clinico e/o comunicativo
- verifica della congruità della richiesta di accesso alle cure palliative stesse
- facilitazione del percorso di cura concordato dal paziente con il team curante, garantendo l'inserimento nella rete ospedale/territorio
- collaborazione alla stesura del PAI (Piano di Assistenza Individuale) in casi complicati
- consulto sulla modulazione della terapia in caso di refrattarietà ai trattamenti
- erogazione di cure palliative specialistiche, quando indicate, anche mediante la collaborazione con la UOS di Terapia del Dolore

In caso di coinvolgimento nell'inquadramento prognostico e nel processo decisionale, il palliativista viene invitato a partecipare al briefing specifico dove contribuisce a formulare la prognosi e conseguentemente a disegnare il percorso di cura più appropriato per la persona malata.

Nel caso in cui, invece, viene convocato per uno degli altri motivi elencati su un paziente già inquadrato dal team curante come in fase terminale, deve espletare la consulenza entro 72 ore dalla richiesta.

Il palliativista ha il dovere di contribuire ad assicurare la continuità assistenziale durante tutto il percorso della malattia, attraverso la presa in carico della persona malata e l'integrazione tra i diversi livelli della rete locale di Cure Palliative e la ASL.

La consulenza di cure palliative per il paziente oncologico deve essere espletata da un medico della UOC Oncologia Medica, mentre per il paziente non oncologico da un medico della UOC Medicina Interna.

8.5 Percorsi di fine vita

In linea di massima la decisione relativa al luogo di cura, se cioè mantenere il paziente in ospedale o programmare i trattamenti in altra sede, è legata non solo alla necessità di prestazioni terapeutiche di particolare complessità non eseguibili in altri nodi della rete locale di cure palliative, ma anche alla prognosi a breve/brevissimo termine.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 20 di 57

In caso di prognosi ragionevolmente inferiore a 7 giorni le cure palliative continueranno a essere erogate in ospedale, salvo richieste specifiche di domiciliazione da parte del paziente o dei suoi familiari.

In caso di prognosi ragionevolmente superiore a 7 giorni, invece, deve essere tracciato un percorso in un altro luogo di cura, selezionato in relazione ai bisogni del paziente e alle sue preferenze (ambulatorio, hospice, domicilio).

Il calcolo del CIA (Coefficiente Intensità Assistenziale) costituisce uno strumento affidabile per individuare le necessità di cure palliative, distinguendo un livello base (CIA < 0.5) da un livello specialistico (CIA > 0.5).

Le cure palliative di livello base sono garantite dai CAD (Centri di Assistenza Domiciliare) dei Distretti delle ASL in collaborazione con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta, quelle di livello specialistico sono costituite da interventi da parte di team multidisciplinari nei confronti di pazienti con bisogni complessi per i quali gli interventi di base sono inadeguati. Per l'instabilità clinica e i sintomi di difficile controllo, sono garantiti la continuità assistenziale, interventi programmati definiti dal progetto di assistenza individuale nonché pronta disponibilità medica e infermieristica sulle 24 ore.

8.6 Compilazione della cartella clinica

Dalla cartella clinica devono emergere con chiarezza le riflessioni che hanno determinato le decisioni del team. Oltre a un riepilogo dell'anamnesi, deve essere descritta l'evoluzione del quadro clinico durante il ricovero, sottolineando come dalla malattia iniziale ed eventualmente con il concorso delle comorbilità si sia arrivati a una situazione talmente compromessa da indurre a ritenere di essere pervenuti al punto di non ritorno. Deve essere annotato con precisione il percorso di cura stabilito, specificando quali trattamenti verranno continuati o intrapresi e quali, tra quelli seppure potenzialmente indicati sul piano tecnico, verranno sospesi o non intrapresi perché giudicati inappropriati o sproporzionati nel particolare contesto. È necessario, inoltre, rimarcare la collegialità della decisione da parte del team curante, elencando le altre figure professionali che hanno contribuito al processo in modo diretto (partecipazione al *briefing*) o indiretto (consulenze effettuate precedentemente, procedure invasive, etc).

Per memorizzare i quattro punti basilari che non possono in nessun caso essere omessi nel diario clinico, si può ricorrere a quattro termini che hanno per iniziali le prime quattro lettere dell'alfabeto:

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 21 di 57

- **A**namnesi (riassunto clinico)
- **B**ilanciamento (rimodulazione delle cure)
- **C**ollegialità (condivisione delle decisioni)
- **D**ialogo (colloquio con il paziente e/o i familiari)

Ogni UO deve indicare a chi debba essere demandato l'onere di riportare nella cartella clinica il percorso di cura pianificato collegialmente (direttore UO, responsabile del reparto, medico "di continuità", medico di guardia). Lo scrivente riveste il ruolo di semplice portavoce riguardo a una decisione formalizzata in occasione del *briefing* ma in genere maturata gradualmente con il coinvolgimento degli altri membri del team anche nei giorni precedenti.

8.7 Pianificazione anticipata dell'emergenza

È raccomandato che il percorso di fine vita venga pianificato in anticipo per evitare decisioni particolarmente complesse in un contesto di emergenza e che le discussioni di fine vita, quando possibile, vengano affrontate in orario diurno. Qualora ci si ritrovi ad affrontarle in orario notturno, è indicata la promozione di un audit clinico all'interno dell'UO per individuare le ragioni dell'impreparazione all'evento.

Nel caso in cui sia stato stabilito che in caso di ulteriore aggravamento del quadro clinico il paziente non verrà sottoposto a trattamenti intensivi o a procedure di rianimazione cardiopolmonare, nella cartella informatizzata (scheda di PS o cartella clinica di reparto) deve essere attivato l'apposito *alert* in grado di richiamare efficacemente l'attenzione del lettore ed evitare che in urgenza possa essere trascurata una informazione così importante e possa perciò essere superato il livello di invasività concordato preventivamente.

Una arbitraria deviazione dal percorso stabilito collegialmente rappresenta un atto riprovevole sul piano etico e deontologico che può portare al disorientamento e alla perdita di fiducia nel team curante da parte della persona malata e dei suoi familiari. Qualora il singolo operatore prenda decisioni in contrasto con quelle condivise dal resto del team, i motivi (cambiamento di decisione da parte del paziente, modifica sostanziale del quadro clinico, scoperta di informazioni che possono modificare la prognosi) devono inderogabilmente essere segnalati e specificati nella cartella clinica. Tale evenienza deve essere discussa a posteriori all'interno del team mediante audit clinico.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 22 di 57

8.8 Decisioni di fine vita in emergenza

Anche nelle situazioni di emergenza, come nel caso in cui in orario notturno la decisione non possa essere procrastinata, si deve cercare di allargare la partecipazione al *briefing* del maggior numero possibile di professionisti. Nei casi in cui si riveli inevitabile un numero ristretto di operatori, si raccomanda che al processo decisionale partecipino non meno di due medici (per esempio medico di guardia di reparto + medico chiamato in consulenza). Anche in questo caso gli infermieri devono condividere la strategia gestionale.

8.9 Autonomia decisionale del paziente e ruolo dei familiari

Il coinvolgimento della persona malata nel processo decisionale costituisce non solo un imperativo etico e deontologico, ma anche un obbligo di legge. Il paziente ha il diritto di essere informato e di rifiutare, in tutto o in parte, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario e il diritto di revocare in qualsiasi momento il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento (legge 219/2017).

Dopo approfondita valutazione del caso clinico, i curanti devono esporre le possibili opzioni di trattamento rimarcandone oltre i possibili benefici anche i presumibili oneri sul piano fisico e psicologico, lasciando al paziente totale libertà decisionale all'interno della rosa dei trattamenti proposti. La sua volontà deve essere sempre rispettata, anche qualora venga espressa la rinuncia o il rifiuto a trattamenti necessari alla sopravvivenza. In questo caso il team curante, dopo avergli prospettato le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative, deve promuovere ogni azione di sostegno al paziente stesso, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Se ritenuto opportuno, può inoltre essere richiesto l'intervento dello psicologo per fornire supporto oltre al paziente, anche ai suoi familiari e ai membri del team.

Su richiesta del paziente possono essere coinvolte nella pianificazione del percorso anche altre persone per lui significative (parenti, conviventi, amici, etc), che possono anche essere da lui incaricate a ricevere le informazioni ed esprimere il consenso in sua vece.

Nella comunicazione con il paziente e/o i suoi familiari il medico non deve mai porsi come singolo professionista ma sempre come portavoce dell'intero team. La gestione del fine vita richiede lo stesso impegno dedicato ai casi di pazienti potenzialmente guaribili. In una relazione di cura virtuosa la persona morente e i suoi cari non devono mai sentirsi abbandonati.

Nella relazione di cura sono determinanti l'impegno e l'accuratezza dedicati alla comunicazione. Non a caso la legge 219/2017 recita "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura" (art.1, comma 8).

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 23 di 57

È raccomandato un approccio strutturato al colloquio con il paziente o i familiari, come quello delineato dal protocollo SPIKES (vedi Allegato 14.9): acronimo formato dalle lettere dei sei passi fondamentali costituenti dell'intervento che iniziano dall'esplorazione delle conoscenze e delle aspettative della persona fino alla comunicazione della verità rispettando il ritmo e le volontà del paziente (Baile e al, 2000).

Nel caso di un paziente incapace di esprimere la propria volontà (stato confusionale, incoscienza, sedazione) deve essere indagata la presenza di disposizioni anticipate di trattamento (DAT) che, se redatte, devono obbligatoriamente essere rispettate. Il percorso di cura deve essere condiviso con il suo fiduciario, se indicato nelle DAT, che costituisce l'unico interlocutore dei curanti con potere decisionale.

In assenza di DAT e di fiduciario il team curante si assume l'onere di intervenire nel miglior interesse presunto del paziente, consultati familiari e congiunti allo scopo di ricostruire le convinzioni, le volontà ed il progetto di vita della persona malata incapace di esprimersi.

8.10 Patologie chirurgiche e fine vita

Nella pratica clinica non è infrequente che il trattamento in urgenza di una patologia intercorrente suscettibile di chirurgia in un paziente fragile per età e/o comorbilità affetto da insufficienza cronica d'organo in fase end stage provochi la rottura di un precario equilibrio, determinando un peggioramento della qualità della vita residua e comportando disagi e sofferenze rilevanti non giustificabili dall'eventuale lieve prolungamento della vita. In questi casi la strategia interventistica non deve essere considerata aprioristicamente una decisione scontata ma, al contrario, una opzione terapeutica da attuare solo dopo un accurato bilancio dei benefici per la persona malata rispetto agli oneri da sopportare.

In condizioni di urgenza non può essere adottato lo stesso approccio degli interventi chirurgici in elezione, in cui il consenso informato da parte del paziente viene raccolto autonomamente dal chirurgo e dall'anestesista, in considerazione della eterogeneità delle informazioni che il paziente deve ricevere dalle due figure professionali e della differenza, a volte rilevante, tra i rischi delle due procedure (anestesia e intervento chirurgico). Nel paziente fragile con importanti comorbilità in fase avanzata, invece, è necessario che il chirurgo non si limiti a porre l'indicazione chirurgica demandando integralmente all'anestesista il giudizio sull'eventuale inoperabilità legata alla gravità delle condizioni generali. Chirurgo e anestesista devono valutare collegialmente il paziente, condividere la strategia di trattamento e comunicare congiuntamente con il paziente e i suoi familiari.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 24 di 57

Il tipo di chirurgia (risolutiva vs palliativa) deve essere stabilito anche in relazione alla presumibile durata dell'intervento e dell'anestesia. Se le condizioni generali non consentono al paziente di tollerare tempi prolungati o interventi di chirurgia maggiore, si può concordare un intervento chirurgico palliativo, eventualmente in anestesia locale (per esempio il confezionamento di una stomia decompressiva piuttosto che un intervento demolitivo sull'intestino)

Lo scopo della valutazione collegiale è quello di evitare un trattamento invasivo sproporzionato rispetto alle aspettative di vita del paziente e alle reali possibilità dell'intervento di risolvere il suo problema. Oltre al chirurgo e all'anestesista, la partecipazione al briefing può essere allargata ad altre figure professionali quando ritenuto opportuno (medico curante, medico specialista della patologia d'organo di base, palliativista, infermiere, etc).

8.11 Brain team

Nelle patologie del sistema nervoso centrale in alcuni casi può risultare particolarmente difficile prevedere la possibilità di sopravvivenza e i presumibili esiti neurologici. In simili situazioni solo un approccio multidisciplinare, rappresentativo della sintesi di diverse competenze altamente specialistiche, può garantire una valutazione equilibrata e attendibile sulla prognosi quoad vitam, quoad valetudinem e quoad functionem.

Il team curante, pertanto, in situazioni di particolare complessità e/o di marcata incertezza prognostica, può richiedere l'intervento del brain team per una valutazione multispecialistica.

Il brain team deve riunirsi per un briefing entro 24 ore dalla richiesta.

Il brain team è costituito da:

- Anestesista-rianimatore
- Neurochirurgo
- Neuroradiologo interventista
- Neurologo
- Neurologo Stroke Unit

L'anestesista-rianimatore viene designato all'interno del reparto intensivo da cui è partita la convocazione del brain team. Se il paziente è ricoverato in reparto gestito da altri specialisti, l'anestesista-rianimatore sarà offerto dall'unità operativa abitualmente coinvolta nella gestione delle urgenze rianimatorie in quel reparto in base ai protocolli aziendali.

Dopo attenta valutazione dei parametri clinici, laboratoristici e strumentali il brain team formula la presumibile prognosi quoad vitam e neurologica e stabilisce collegialmente il percorso di cura più

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 25 di 57

appropriato e proporzionato per la persona malata, in conformità con la sua volontà dichiarata o ricostruita.

Quanto stabilito viene riportato con chiarezza nella cartella clinica e firmato da tutti i membri del brain team oltre che dal medico del reparto che ne ha richiesto l'intervento.

8.12 Identificazione del potenziale donatore di organi e tessuti

Nel caso in cui una persona morente abbia scelto in maniera libera, consapevole e informata di offrire la disponibilità alla donazione dei propri organi e tessuti, il team curante ha il dovere di rispettare la sua volontà.

La donazione di organi, infatti, non ha solo valore per il grande beneficio del ricevente, ma anche per il rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore e per l'alto significato che riveste per i familiari nel momento della perdita del loro caro.

La donazione si può attuare in seguito ad accertamento di morte con criteri neurologici (DBD = Donation after Brain Death) o cardiocircolatori (DCD = Donation after Cardiac Death).

Nel primo caso si tratta di paziente con grave danno cerebrale (trauma, emorragia, ischemia, anossia, infezioni) tale da evolvere in morte encefalica. In caso di volontà donativa, i trattamenti rianimatori saranno rivolti al recupero e/o al mantenimento degli organi che possono diventare oggetto di prelievo a scopo di trapianto.

Il secondo caso si configura allorquando il team di terapia intensiva, preso atto dell'ineluttabilità della prognosi, decide di rimodulare le cure limitandole alla palliazione. In caso di volontà donativa si programma in una data condivisa la sospensione dei trattamenti di supporto vitale in sala operatoria dove, dopo l'accertamento della cessazione dell'attività cardiaca e l'esecuzione del tanatogramma, si procederà alla riperfusione degli organi attraverso circolazione extracorporea.

È indispensabile che la decisione di limitare i trattamenti intensivi debba maturare indipendentemente da qualsiasi ipotesi di donazione.

Tutti i pazienti che presentano una di queste due condizioni devono essere considerati Potenziali Donatori di Organi (PDO) e la loro presenza deve essere prontamente segnalata telefonicamente dai medici di reparto al Coordinamento Aziendale per il Procurement (06-5870 3426/3457; 348-4894192; 340-6931630).

Il ruolo di chi gestisce la comunicazione e la relazione d'aiuto con i familiari deve restare separato da quello di chi si occupa del processo di donazione degli organi e del prelievo.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 26 di 57

Per i le procedure e i percorsi DBD e DCD fare riferimento ai documenti aziendali "Aggiornamento e revisione del percorso clinico assistenziale della morte encefalica" (delibera n. 1277 del 5/8/2025) e "PDTA della donazione di organi e tessuti a cuore fermo (DCDIII-controllato)" (delibera n. 160 del 31/1/2023).

Ogni paziente deceduto in ospedale con età \leq 80 anni è un potenziale donatore di tessuti (cornee e tessuto muscoloscheletrico). In caso di decesso, pertanto, il personale del PS e dei vari reparti contatta il Coordinamento Aziendale (nelle ore notturne può essere inviata mail all'indirizzo clt-organitessuti@scamilloforlanini.rm.it) che visiona la documentazione e la cartella clinica e, nei casi in cui viene verificata l'idoneità, contatta i familiari per la proposta di donazione. Il prelievo di cornee deve essere espletato entro 24 ore dal decesso.

8.13 Richiesta di suicidio assistito

Su richiesta del paziente i medici curanti hanno il dovere di fornirgli informazioni sulle condizioni che rendono possibile in Italia l'accesso al suicidio assistito. Data l'assenza di una specifica legislazione nazionale e regionale, in presenza delle condizioni indicate dalla sentenza 242/2019 della Corte costituzionale*, il paziente intenzionato a farne richiesta può rivolgersi alla propria ASL di appartenenza cui spetta il compito della valutazione del caso.

* Requisiti della persona malata: «(a) affetta da una patologia irreversibile e (b) fonte di sofferenze fisiche o psicologiche, che trova assolutamente intollerabili, la quale sia (c) tenuta in vita a mezzo di trattamenti di sostegno vitale, ma resti (d) capace di prendere decisioni libere e consapevoli»

9. SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

I requisiti, gli standard e gli impegni presi nel redigere il PDTA, rispettano le indicazioni della legislazione e normativa vigente nazionali e regionali senza scostamenti od eccezioni.

Gli unici limiti che possono essere immaginati nella corretta applicazione della procedura sono limiti strutturali o di carenza di personale dedicato. Non sono viceversa ipotizzabili limiti organizzativi visto che non vi sono contrasti tra i professionisti che devono concorrere al perfetto funzionamento del PDTA.

10. EMISSIONE, DISTRIBUZIONE ED ARCHIVIAZIONE

Il PDTA deve essere disponibile in forma cartacea presso la Direzione Sanitaria, la UOSD Rischio Clinico, tutte le UU.OO. / strutture coinvolte.

Documento di proprietà dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
È vietata la riproduzione e la diffusione senza specifica autorizzazione scritta del Direttore Generale

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 27 di 57

Deve inoltre essere disponibile in formato elettronico sul sito aziendale nella sezione Risk Management (Qualità e sicurezza delle cure).

11. MONITORAGGIO, INDICATORI E PARAMETRI DI CONTROLLO

INDICATORE	Valore atteso	Responsabile	Fonte
Documentazione correttamente distribuita	100%	Direttore U.O. coinvolte	Documentazione sanitaria
Documentazione correttamente archiviata	100%	Coordinatore infermieristico	Documentazione sanitaria
Inserimento nella cartella clinica di ALERT che segnali la decisione di non tentare di rianimare il paziente (DNAR)	SI	Direttore U.O. coinvolte	Documentazione sanitaria
Convocazione del brain team per decisioni su casi di marcata incertezza prognostica	3/anno	Direttore U.O. coinvolte	Documentazione sanitaria
Valutazione del dolore nelle ultime 48 ore di vita	80%	Coordinatore infermieristico	Documentazione sanitaria
Adeguatezza controllo del dolore nelle ultime 24 ore di vita (<4 su scala da 1 a 10)	80%	Direttore U.O. coinvolte	Documentazione sanitaria

12. BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

Bibliografia

- Hillman K, Barnett AG, Brown C, et al. The conveyor belt for older people nearing the end of life. Intern Med J. 2024 Aug;54(8):1414-1417. doi: 10.1111/imj.16458.
- 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
- Willmott L, White B, Gallois C et al. Reasons doctors provide futile treatment at the end of life: a qualitative study. J Med Ethics. 2016 Aug;42(8):496-503.
- Cook D, Rocker G. Dying with dignity in the intensive care unit. N Engl J Med. 2014 Jun 26; 370(26):2506-14. doi: 10.1056/NEJMra1208795.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 28 di 57

- Kesecioglu J, Rusinova K, Alampi D et al. European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit. *Intensive Care Med* 2024 Nov; 50(11):1740-1766. doi: 10.1007/s00134-024-07579-1.
- Simpkin AL, Schwartzstein RM. Tolerating Uncertainty — The Next Medical Revolution? *N Engl J Med* 2016; 375:1713–5. doi: 10.1056/NEJMp1606402.
- Beil M, van Heerden PV, Joynt GM et al. Limiting life-sustaining treatment for very old ICU patients: cultural challenges and diverse practices. *Ann Intensive Care*. 2023 Oct 27;13(1):107. doi: 10.1186/s13613-023-01189-8. PMID: 37884827; PMCID: PMC10603016.
- Downar J, Delaney JW, Hawryluck L, Kenny L. Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures. *Intensive Care Med*. 2016 Jun;42(6):1003-17. doi: 10.1007/s00134-016-4330-7. Epub 2016 Apr 8. PMID: 27059793.
- Clayton JM, Hancock KM, Butow PN et al. Communicating prognosis and end-of-life issues with patients and families: a systematic review. *Palliat Med*. 2022;36(4):705-716.
- Fallowfield LJ, Jenkins VA. Effective communication in palliative care: avoiding pitfalls. *Lancet Oncol*. 2021;22(3): e83-e92.
- Bruera E, Hui D. Palliative care in advanced cancer patients: managing symptoms and improving quality of life. *CA Cancer J Clin*. 2022;72(5):407-429.
- Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: challenges and interventions. *JAMA*. 2023;329(4):480-489.
- Riccioni L. Come riportare nella cartella clinica le decisioni di fine vita? Proposta di un "ABCD" *Recenti Prog Med* 2025;116(1):42-46 doi 10.1701/4416.44116

Documenti e linee guida

- 'Grandi insufficienze d'organo *end stage*: cure intensive o cure palliative? Documento condiviso per una pianificazione delle scelte di cura' (SIAARTI, IRC, ANMCO, SIMEU, SICP, SIN, ANIARTI, SIMG, AIPO, 2013)
- 'Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente – UPDATE 2018'
- 'Le cure palliative nel malato neurologico' (SICP-SIN, 2018)
- 'Strategie perioperatorie: presa in carico dell'anziano con gravi comorbidità e fase avanzata di malattia con patologia chirurgica acuta' (SIAARTI-SIC 2019)
- 'Linee guida per l'accompagnamento del paziente oncologico in fase terminale' (FCP, 2023).

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 29 di 57

- Linee Guida SICP-SIAARTI sulla Sedazione Palliativa nell'Adulto (2023)
- Terapia del dolore in oncologia (AIOM 2025)

Normativa

- Costituzione italiana: art. 2,13,32
- Codice civile: art. 5
- Carta dei diritti fondamentali dell'Unione Europea: art. 3
- Convenzione sui diritti dell'uomo e la biomedicina (Convenzione di Oviedo, 1999)
- Codice di deontologia medica (2014)
- Codice deontologico delle professioni infermieristiche (2025)
- CNB: parere su 'Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte' (2016)
- CNB: parere su 'Accertamento della morte secondo il criterio cardiocircolatorio e donazione controllata: aspetti etici e giuridici' (2021)
- Il CNB sul fine vita. Raccolta tematica 2001-2022
- Legge n.180/1978 'Accertamenti e trattamenti volontari e obbligatori'
- Legge n. 578/1993 'Norme per l'accertamento e la certificazione di morte'
- Legge n. 91/1999 'Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti'
- D.M 8 aprile 2000 'Disposizioni in materia di prelievi e trapianti di organi e tessuti, attuativo delle prescrizioni relative alla dichiarazione di volontà dei cittadini sulla donazione di organi a scopo di trapianto'
- Legge n. 38/2010 'Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore'
- D.M 11 marzo 2008 'Integrazione del decreto 8 aprile 2000 sulla ricezione delle dichiarazioni di volontà dei cittadini circa la donazione di organi a scopo di trapianto'
- Ministero della Sanità Decreto 11 aprile 2008 aggiornamento del D.M.22 agosto 1994 n 582: 'Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte'
- Legge n. 219/2017 'Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento'
- Istituto Superiore di Sanità CNT: 'Raccomandazioni sulla verifica della espressione di volontà alla donazione di organi e tessuti' (deliberaz. del CNT n.3 del 23 febbraio 2017)
- Sentenze della Corte Costituzionale sul suicidio assistito: '242/2019; 135/2024; 204/2025'

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 30 di 57

13. REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il presente PDTA sarà oggetto di revisione periodica e verrà aggiornato in base alle evidenze scientifiche emerse e ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

14. ALLEGATI

N°	TITOLO
14.1	BIOETICA
14.2	ONCOLOGIA
14.3	CURE PALLIATIVE
14.4	MEDICINA INTERNA
14.5	MEDICINA D'URGENZA
14.6	CARDIOLOGIA
14.7	DONAZIONE DI ORGANI
14.8	EMATOLOGIA
14.9	ASSISTENZA INFERMIERISTICA
14.10	PROTOCOLLO SPIKES

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 31 di 57

14.1 BIOETICA

LA FINE DELLA VITA UMANA: NUOVI SCENARI, NUOVE SCELTE, NUOVE LIBERTÀ

Il tema di come affrontare la morte e il tempo che la precede non è nuovo: lo ritroviamo sin dai tempi più antichi nella riflessione comune degli esseri umani e nelle elaborazioni filosofiche. Discutere e riflettere sulla morte e sui modi migliori per affrontare il capitolo conclusivo della propria vita è parte dell'esperienza comune della vita umana praticamente da sempre. Non sembrerebbe, d'altra parte, vero che oggi nella nostra società il tema della fine della vita sia oggetto di un processo di rimozione. Al contrario, questo tema è oggi non solo ancora ampiamente presente nella vita degli esseri umani, ma è anche oggetto di discussioni e discorsi nuovi e inediti rispetto al passato. A partire dalla seconda metà del XX secolo il progresso della medicina e della scienza in genere ha creato situazioni del tutto nuove, prolungando il processo del morire e consentendo la sopravvivenza di esseri umani in condizioni un tempo impossibili (come le situazioni di stato vegetativo). Attualmente, il contesto della fine della vita è per gli esseri umani, in particolare in condizioni di medicalizzazione ospedalizzazione, segnato da esperienze e possibilità prima sconosciute agli esseri umani. È su queste possibilità che è fiorita la discussione della cosiddetta "Bioetica" (insieme alle innovazioni in altri ambiti, come ad esempio quello della riproduzione umana). Il tratto costitutivo e caratteristico della bioetica, intesa tanto come riflessione filosofica quanto come ambito di discussione pubblica, è proprio la novità dei problemi morali sollevati da questi scenari inediti.

Un secondo carattere peculiare del contesto sul quale sorge la bioetica è il fatto del pluralismo morale. Rispetto a questi nuovi scenari non esiste un atteggiamento condiviso, ovvero una sorta di orientamento etico comune a tutti i membri della nostra società. Di fatto, le persone giudicano in modi diversi fra loro le differenti situazioni che oggi si presentano alla fine della vita e sulla base di queste valutazioni orientano il proprio comportamento. Nella nostra società il fatto del pluralismo morale prende forma nell'orizzonte dello scenario di un ordinamento politico e giuridico di tipo liberale e democratico, ordinamento rispetto al quale la tutela e la promozione della libertà e dell'autodeterminazione individuale assume un ruolo fondativo e primario.

La combinazione del fatto del pluralismo morale e del rispetto dell'autodeterminazione individuale indicano una strada preferenziale quasi obbligata per la discussione dei nuovi problemi che si affacciano nel contesto della fine della vita. Questa strada è quella che mette al centro della discussione la libertà di scelta degli individui.

Parte del dibattito sui temi della fine della vita è orientato nel cercare risposta a domande quali quelle che, ad esempio, si interrogano su cosa debba distinguere un "mezzo ordinario" da un "mezzo

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 32 di 57

straordinario" nell'assistenza sanitaria a una persona morente. In molti casi, concentrare il dibattito su domande del genere è il sintomo del tentativo di trovare un insieme di criteri perfettamente oggettivi e condivisi con i quali orientare le scelte di pazienti e personale sanitario nelle situazioni di assistenza alla fine della vita. Se questo tentativo è, per certi versi, comprensibile, esso, d'altra parte, non può mettere in secondo piano quello che è il vero nucleo di ogni situazione di fine vita, ovvero l'individuo con la sua biografia, i suoi sentimenti, i suoi interessi e le sue inclinazioni nei confronti della situazione nella quale si trova. Se, per un verso, i nuovi scenari del morire si caratterizzano per i problemi morali inediti che sollevano, essi, d'altra parte, si contraddistinguono anche, e soprattutto, per il fatto di aprire nuove possibilità di scelta agli esseri umani.

Il fenomeno del morire che per millenni gli esseri umani hanno vissuto come un evento quasi sempre sottratto alla scelta, oggi diviene un territorio in cui sono possibili decisioni. Queste possibilità sollevano certo problemi morali, ma rappresentano al tempo stesso un ampliamento dell'autodeterminazione dell'essere umano, quindi qualcosa che - nel contesto della democrazia liberale - rappresenta un bene fondamentale e massimamente protetto. Per tale ragione, il centro della discussione e della riflessione morale sui nuovi modi del morire non può che essere focalizzato sull'individuo e sulle sue possibilità di scelta. In quest'ottica, quindi, la legge che ha introdotto e disciplinato nel nostro Paese le Direttive Anticipate di Trattamento - per quanto perfezionabile - ha rappresentato un avanzamento degli spazi di libertà e autodeterminazione degli individui. Al tempo stesso, essa ha contribuito ai processi di trasformazione che ormai da vari decenni investono il contesto dell'assistenza sanitaria e che mettono al centro la libera autodeterminazione del paziente, a partire dall'affermazione della prassi del consenso informato. Ugualmente, in tempi più recenti, i pronunciamenti della Corte costituzionale in materia di suicidio assistito (sebbene questa pratica non sia di interesse specifico per il presente PDTA) hanno fatto ulteriormente avanzare il riconoscimento giuridico nell'ordinamento italiano della libertà individuale alla fine della vita.

Se si oscura la centralità della autodeterminazione nel realizzarsi di questi processi di cambiamento si rischia di non cogliere l'aspetto fondamentale del dibattito bioetico sulle questioni di fine vita, ovvero il tema della scelta. I problemi morali dei nuovi modi del morire sono, infatti, generati da una moltiplicazione delle possibilità decisionali. E la responsabilità di tali decisioni non può che ricadere sul paziente.

Come mostrano in modo esemplare i contesti del fine vita con le loro criticità (ad esempio le difficoltà in alcune circostanze a ricostruire con precisione le preferenze e la volontà del morente), l'autodeterminazione degli individui non può essere concepita in modo astratto e distaccato dal

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 33 di 57

contesto di relazioni nel quale l'individuo stesso ha vissuto ed è immerso. Il rispetto dell'autodeterminazione del paziente non può considerarsi assolto con la sola acquisizione di informazioni sulla propria salute e nella pronuncia di assensi o dinieghi circa le possibili opzioni terapeutiche. Nei processi di fine vita che hanno luogo nei contesti dell'assistenza sanitaria (ospedale, hospice ecc.) le possibilità di scelta e autodeterminazione dipendono anche, e spesso in modo decisivo, dalle condotte delle diverse figure che ruotano attorno al paziente e dall'eventuale interazione con la rete dei suoi affetti (famiglia, amici ecc.). Per tale ragione, la modalità di presa in carico del processo di fine vita da parte di qualsiasi struttura sanitaria non può essere concepita esclusivamente come la messa in pratica di procedure standard e routinarie.

La definizione e la realizzazione di queste procedure è necessaria, ma di per sé non sufficiente, se non è accompagnata anzitutto da pratiche di comunicazione e condivisione fra le diverse figure professionali. Tale condivisione, anzitutto, facilita la realizzazione di orientamenti comuni dello staff rispetto a contesti decisionali complessi. In secondo luogo, consente una migliore gestione del carico professionale ed emotivo di situazioni critiche e onerose come quelle del fine vita. Al centro dell'attività condivisa delle equipe ci deve sempre essere un'attenzione costante e personalizzata all'individualità del paziente, orientata ad aumentare, per quanto possibile, le sue capacità e possibilità di scelta. Una tale attenzione può essere anche il risultato di una formazione specifica, che fornisca al personale sanitario una serie di orientamenti fondamentali sulle questioni morali che si affacciano nei diversi contesti della bioetica e, specificamente, in quello della fine della vita.

Simone Pollo

Professore associato di Filosofia morale

Dipartimento di Filosofia

Università di Roma Sapienza

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 34 di 57

14.2 ONCOLOGIA

Le cure palliative in oncologia: un approccio globale alla qualità della vita

Le cure palliative oncologiche rappresentano un insieme di interventi terapeutici mirati a migliorare la qualità della vita dei pazienti affetti da tumori in fase avanzata e delle loro famiglie. Queste cure non hanno lo scopo di eradicare la malattia, ma si concentrano sull'alleviamento dei sintomi fisici, psicologici, sociali e spirituali, offrendo un supporto personalizzato e multidisciplinare per affrontare il percorso della malattia con dignità e consapevolezza.

Principali obiettivi delle cure palliative oncologiche

1. Controllo del dolore e dei sintomi fisici
 - La gestione del dolore oncologico è una priorità, con l'impiego di farmaci analgesici, tra cui oppioidi, e tecniche interventistiche specifiche per il controllo del dolore cronico e severo.
 - Trattamento di sintomi comuni come:
Nausea e vomito, mediante antiemetici efficaci.
Dispnea, trattata con ossigenoterapia o, se necessario, con l'impiego di sedativi.
Affaticamento e debolezza, affrontati con interventi di supporto e nutrizionali.
Disturbi psicologici, tra cui ansia e depressione, con un approccio farmacologico e psicoterapeutico integrato.
2. Supporto psicologico ed emotivo
 - Il paziente e i familiari ricevono assistenza per affrontare il carico emotivo della malattia, con percorsi psicoterapeutici individuali o familiari per migliorare la resilienza e la gestione dello stress.
 - L'accompagnamento psicologico mira a ridurre la paura della morte e a favorire un'elaborazione consapevole della malattia.
3. Assistenza sociale e supporto pratico
 - Orientamento per affrontare problematiche burocratiche e amministrative, come l'accesso ai servizi sanitari, l'invalidità e la gestione lavorativa del paziente e dei caregiver.
 - Supporto economico e logistico per garantire una continuità assistenziale adeguata.
4. Supporto spirituale e valoriale
 - Le cure palliative comprendono un accompagnamento spirituale per aiutare il paziente a trovare un senso nel percorso della malattia e a rispettare le proprie convinzioni religiose e filosofiche.
 - La presenza di consulenti spirituali o figure religiose può essere offerta su richiesta del paziente o della famiglia.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 35 di 57

5. Approccio multidisciplinare

- Il trattamento palliativo coinvolge un team di professionisti composto da Oncologi, Radioterapisti, Anestesisti, Nutrizionisti, Infermieri, Psicologi, Assistenti sociali, Fisioterapisti e altre figure sanitarie che collaborano per un'assistenza integrata e personalizzata.

6. Assistenza in diversi contesti

Le cure palliative possono essere fornite in diversi ambienti, a seconda delle esigenze:

- A domicilio, per garantire il massimo comfort e vicinanza ai propri cari.
- In hospice, dove l'assistenza è continua e focalizzata sul sollievo del dolore e del disagio.
- In ospedale, quando necessario per trattamenti specifici o stabilizzazioni della condizione clinica.

Quando iniziare le cure palliative?

Le cure palliative non sono riservate esclusivamente alle fasi terminali della malattia. Possono essere integrate sin dalle fasi precoci, comprendendo la terapia di supporto in combinazione con trattamenti oncologici attivi come chemioterapia, terapie biologiche e radioterapia. Questo approccio precoce permette di migliorare il controllo dei sintomi e la qualità della vita complessiva.

Trattamenti oncologici attivi palliativi: radioterapia, chemioterapia, terapie biologiche

Il trattamento specialistico attivo, utilizzato nella malattia avanzata, quando gli effetti collaterali non predominano sui benefici, assume un ruolo di palliazione: l'obiettivo non può essere la guarigione, ma una stabilizzazione della situazione oncologica o una riduzione della quantità di malattia, non sostanziale, ma sufficiente a migliorare o prevenire i sintomi a esse legati, ritardando il progredire della malattia e fornendo sollievo.

1. Radioterapia palliativa

- La Radioterapia può essere impiegata non solo con intento curativo, ma anche palliativo, per ridurre i sintomi causati dalla progressione tumorale, come il dolore osseo o la compressione di strutture vitali.

- Grazie a tecniche avanzate e regimi di ipofrazionamento, è possibile ottenere un rapido sollievo dei sintomi con minimi effetti collaterali.

- La Radioterapia, se efficace, può ridurre il bisogno di analgesici oppioidi, migliorando la qualità della vita.

2. Chemioterapia palliativa

- La chemioterapia viene somministrata con l'obiettivo di rallentare la progressione della malattia, migliorare la qualità della vita e controllare i sintomi.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 36 di 57

- Può essere somministrata per via endovenosa o orale e viene adattata alle condizioni generali del paziente.

Le terapie possono essere di:

Prima linea, per pazienti non pretrattati

Linee successive, se la malattia progredisce o si sviluppano effetti collaterali intollerabili

La chemioterapia di mantenimento viene talvolta utilizzata per prolungare il controllo della malattia, trattando il cancro come una condizione cronica.

3. Terapie biologiche

Con lo stesso obiettivo della chemioterapia possono essere usati i farmaci biologici ove ne sussista indicazione, somministrati per via endovenosa o per via orale.

Le terapie biologiche in oncologia rappresentano un'importante evoluzione nel trattamento dei tumori, offrendo opzioni più mirate rispetto alla chemioterapia tradizionale. Questi trattamenti sfruttano meccanismi biologici specifici delle cellule tumorali per bloccarne la crescita e la diffusione, spesso con minori effetti collaterali e possono indurre risposte a lungo termine.

Principali Tipologie di Terapie Biologiche
Anticorpi monoclonali: sono proteine create in laboratorio che si legano a specifici bersagli sulle cellule tumorali. Esempi: Trastuzumab (HER2+ nel carcinoma mammario), cetuximab e panitumumab (anti EGFR carcinomi colon rettali e testa-collo).

- Inibitori dei checkpoint immunitari: bloccano i meccanismi con cui i tumori "spengono" la risposta immunitaria, permettendo al sistema immunitario di attaccare le cellule maligne. Esempi: Pembrolizumab, Nivolumab (inibitori di PD-1), Ipilimumab (anti-CTLA-4).

- Terapie a bersaglio molecolare: bloccano specifiche vie di segnalazione coinvolte nella crescita tumorale. Esempi: Imatinib (leucemia mieloide cronica, GIST), Erlotinib (tumore polmonare EGFR-mutato), Dabrafenib (melanoma BRAF-mutato)

Interruzione delle terapie attive

Nelle fasi terminali, può essere appropriato interrompere trattamenti attivi e concentrarsi esclusivamente sulle cure di supporto, valutando il rapporto tra benefici e qualità di vita residua.

Pianificazione anticipata delle cure

Un aspetto fondamentale dell'assistenza è la pianificazione delle cure in accordo con i desideri del paziente:

- Discussione approfondita su preferenze riguardanti trattamenti futuri, come rianimazione o nutrizione artificiale.

- Redazione di un testamento biologico, laddove consentito, per garantire il rispetto delle volontà del paziente.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 37 di 57

- Scelta del luogo di cura preferito per le fasi finali della vita (domicilio, hospice, struttura ospedaliera).

Decisioni etiche e comunicazione

Un dialogo aperto tra il team medico, il paziente e la famiglia è essenziale per garantire decisioni informate e rispettose della volontà del paziente. La comunicazione deve essere trasparente e orientata al rispetto della dignità umana, aiutando a bilanciare le opzioni terapeutiche con le esigenze personali.

Conclusione

Le cure palliative in oncologia mirano a garantire dignità, sollievo e qualità di vita per il paziente, offrendo un supporto completo e multidisciplinare che considera ogni dimensione della persona. L'obiettivo non è solo il controllo della malattia, ma la promozione di un'esistenza il più possibile serena e significativa, anche nelle fasi finali.

Bibliografia

Linee guida e documenti istituzionali

- American Society of Clinical Oncology (ASCO). Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2024. Disponibile su: www.asco.org
- Federazione Cure Palliative (FCP). Linee guida per l'accompagnamento del paziente oncologico in fase terminale. 2023. Disponibile su: www.fedcp.org
- Ministero della Salute. Piano nazionale delle cure palliative e della terapia del dolore 2021-2024. Roma, 2021. Disponibile su: www.salute.gov.it
- Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Global Atlas of Palliative Care at the End of Life. 2nd ed. Ginevra: WHO; 2022.

Comunicazione e aspetti psicologici

- Clayton JM, Hancock KM, Butow PN, Tattersall MHN, Currow DC. Communicating prognosis and end-of-life issues with patients and families: a systematic review. Palliat Med. 2022;36(4):705-716.
- Fallowfield LJ, Jenkins VA. Effective communication in palliative care: avoiding pitfalls. Lancet Oncol. 2021;22(3): e83-e92.
- Tulsky JA, Arnold RM, Alexander SC. Enhancing communication skills for delivering difficult news in oncology. JAMA Oncol. 2020;6(3):391-399.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 38 di 57

Sintomi e gestione clinica

- National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guidelines in Oncology: Palliative Care. Version 2.2023. Disponibile su: www.nccn.org
- Bruera E, Hui D. Palliative care in advanced cancer patients: managing symptoms and improving quality of life. *CA Cancer J Clin.* 2022;72(5):407-429.
- Ripamonti CI, Santini D, Maranzano E, Berti M, Roila F; ESMO Guidelines Working Group. Management of cancer pain: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol.* 2021;32(7):979-992.

Aspetti etici e decisionali

- Emanuel EJ, Fairclough DL, Emanuel LL. Attitudes and practices of oncologists regarding end-of-life care: a national survey. *J Clin Oncol.* 2021;39(8):1039-1048.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). End of life care for adults: quality standard. London: NICE; 2023. Disponibile su: www.nice.org.uk
- Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. New York: Oxford University Press; 2020.

Esperienze dei pazienti e dei caregiver

- Steinhauser KE, Clipp EC, McNeilly M, Christakis NA. In search of a good death: observations of terminal cancer patients and their families. *Ann Intern Med.* 2020;132(10):825-832.
- Teno JM, Clarridge BR, Casey V, et al. Family perspectives on end-of-life care in oncology. *JAMA.* 2021;324(15):1508-1516.
- Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: challenges and interventions. *JAMA.* 2023;329(4):480-489.

Cure palliative e tecnologie innovative

- Hui D, Mori M, Parsons HA, et al. The role of telemedicine in palliative care for cancer patients. *Cancer.* 2023;129(15):2434-2443.
- Wong A, Bhatnagar S. Artificial intelligence in palliative oncology: ethical and practical considerations. *J Palliat Med.* 2022;25(9):1342-1350.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 39 di 57

14.3 CURE PALLIATIVE

Cure palliative nei malati non oncologici

La Medicina Palliativa ha la finalità di alleviare la sofferenza fisica e spirituale del paziente e del suo nucleo familiare quando questo è affetto da malattie evolutive in fase avanzata, concentrando così la cura sulla qualità di vita residua. Le Cure Palliative (CP), secondo L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), costituiscono una serie di interventi terapeutici assistenziali finalizzati a migliorare «la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare le problematiche associate a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di una identificazione precoce e di un ottimale trattamento del dolore e delle altre problematiche di natura fisica, psicosociale e spirituale». La fase terminale di una malattia è un termine tecnico preciso che indica l'impossibilità di effettuare trattamenti specifici per contrastare la malattia, ma solo interventi per migliorare la qualità di vita del paziente, spostando lo sforzo terapeutico "dal guarire al prendersi cura".

I pazienti, non oncologici, affetti da patologie cronico-degenerative end stage che si recano in Pronto Soccorso o che subiscono un repentino peggioramento durante la degenza, tale da rendere il danno d'organo irreversibile, possono essere sottoposti a rimodulazione dei percorsi clinico-assistenziali, al fine di garantire un'adeguata qualità di vita.

È necessario potersi avvalere di indicatori che aiutino la gestione del paziente con malattia cronica avanzata o nella fase terminale della vita e orientino la decisione al cambio di cura. Trattandosi solo di indicatori, vanno interpretati unitamente al giudizio clinico sul paziente d'interesse.

Questo approccio, prevede:

- I. La domanda sorprendente "Ti sorprenderesti se questo paziente morisse nei prossimi mesi, settimane, giorni?" La risposta a tale domanda è intuitiva ed è legata a numerosi fattori che inquadrano il paziente in un deterioramento generale delle condizioni cliniche.
- II. L'incremento dei bisogni del paziente:
 - patologia conica a carattere instabile-ingravescente, con peggioramento complessivo dei sintomi, declino dello stato funzionale con netto peggioramento in termini di dipendenza (ridotte ADL/IADL);
 - Riduzione della risposta ai trattamenti, scelta di non procedere ad ulteriori trattamenti per la patologia;
 - presenza di comorbidità che rappresentano il maggiore indicatore di mortalità e morbilità
 - progressiva perdita di peso;
 - ripetuti ricoveri non pianificati/acuti

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 40 di 57

- valori di albuminemia < 25 g/l

III. La presenza di specifici indicatori clinici correlati ad alcune condizioni del malato:

- Disfunzioni d'organo, BPCO severa che preveda ripetute ospedalizzazioni (almeno 3 negli ultimi 12 mesi per BPCO) con necessità di ossigenoterapia a lungo termine, grado MRC 4-5 con comparsa di dispnea dopo 100 mt in piano;

- Insufficienza cardiaca: Classe Nyha 3-4 (dispnea a riposo e/o per sforzi minimi, refrattaria a terapia medica);

- Patologia renale: Insufficienza renale in stadio 4-5 con deterioramento delle condizioni cliniche. Paziente a cui viene interrotto il trattamento dialitico o che decida autonomamente di interromperlo; insufficienza renale sintomatica (presenza di nausea e vomito, anoressia, prurito, ridotto stato funzionale, edema intrattabile)

- Patologia epatica: cirrosi avanzata con una o più complicanze nell'ultimo anno, ascite refrattaria, controindicazioni a trapianti, ricorrenti sanguinamenti da varici, Classi C di Child-Pugh

Patologie neurologiche: progressivo deterioramento fisico e/o cognitivo, disfagia con polmonite ab ingestis ricorrenti, sepsi, patologie del motoneurone, sclerosi multipla, malattia di Parkinson

IV. Fragilità: multiple comorbidità con ripercussioni sulle ADL/IADL

V. Demenza: ridotta autonomia nelle attività del vivere quotidiano, impossibilità a deambulare senza assistenza, incontinenza urinaria e fecale, comunicazione verbale incongrua, non autosufficienza, perdita di peso, infezioni urinarie ricorrenti, stato settico, inappetenza polmonite ab ingestis.

VI. Stroke: stato vegetativo persistente o stato di minima coscienza o paralisi, assenza di miglioramento negli ultimi 3 mesi, deficit cognitivi gravi/demenza post stroke.

L'attivazione del percorso di cure palliative, la compilazione della modulistica prevista per la presa in carico territoriale, l'individuazione del setting e della struttura accogliente sul territorio, la comunicazione con il paziente e/o la famiglia, nei pazienti NON oncologici, è da ritenersi compito dei medici curanti. I medici di reparto, possono avvalersi della consulenza di medico palliativista, qualora la decisione apporti un contributo significativo alla gestione della terminalità. Tale richiesta deve essere espletata entro 72 ore dalla richiesta.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 41 di 57

14.4 MEDICINA INTERNA

CURE PALLIATIVE IN MEDICINA INTERNA

L'aspettativa di vita nel mondo è costantemente aumentata grazie al notevole ampliamento delle conoscenze in medicina con aumento delle potenzialità diagnostiche e terapeutiche.

Tale certezza si associa ad un incremento degli anni di vita trascorsi **non** in buona salute per un notevole incremento di patologie croniche spesso presenti nello stesso individuo, con una prevalenza della multi-morbilità nella popolazione generale pari al 20-30% (55%-98% se viene considerata solo la popolazione anziana).

I reparti di Medicina Interna, sono diventati uno dei principali luoghi di cura di malati con comorbidità, ricoverati più volte nel corso dell'anno, frequentemente fino alle fasi finali della loro vita. Ancora di più nell'Ospedale Sa Camillo sprovvisto di un reparto di geriatria.

Sul medico internista è ricaduta, quindi, la gestione della maggior parte di questi malati affrontata con peculiarità professionali basate su un approccio olistico e metodo clinico.

È necessario pertanto in medicina interna avere un approccio che migliori la qualità della vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problematiche associate a malattie inguaribili (per oltre il 60% non oncologiche), attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza per mezzo di un'identificazione sempre più personalizzata dei bisogni del malato cronico, utile per definire più idonei percorsi di cura e migliore allocazione delle risorse.

L'identificazione precoce rappresenta un obiettivo fondamentale per avere il tempo necessario a creare una pianificazione corretta delle cure per ottenere **una buona qualità di vita residua, secondo i propri desideri.**

È opportuno avviare percorsi di cure palliative **precocemente** nel contesto della cronicità e inguaribilità, in integrazione alle terapie specifiche, per migliorare il controllo dei sintomi e pianificare gli interventi per tempo e in modo condiviso, considerando che la traiettoria delle malattie croniche avanzate è incerta e caratterizzata da oscillazioni dello stato generale molto variabili, che possono improvvisamente virare verso l'imminenza della fine della vita.

1. INDICAZIONE ALLE CURE PALLIATIVE. Combinando la prima valutazione degli operatori sanitari (surprise question) con gli indicatori clinici generali e gli indicatori specifici per patologia (vedi criteri "insufficienze d'organo end stage") è possibile una precoce identificazione del malato da indirizzare alle cure palliative con un approccio mirato al miglioramento della qualità di vita del malato stesso e del caregiver.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 42 di 57

Cogliere l'esordio della fase terminale della malattia significa individuare il momento nel quale ogni atto clinico-terapeutico specifico risulta afinalistico e non curativo, destinato a protrarre un'inutile sofferenza.

2. **VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE** per riconoscere la complessità dei bisogni multidimensionali del paziente, al fine di determinare la migliore strategia terapeutica, il nodo della rete più opportuno ai fini assistenziali e le figure professionali da coinvolgere.

La tipologia di assistenza può ovviamente modificarsi nel tempo, con il progredire della malattia ed il mutare dei bisogni.

Generalmente la complessità aumenta col progredire della malattia e ciò comporta periodiche rivalutazioni ed adeguamenti del livello di intensità di cure.

Il percorso della malattia può richiedere una bassa complessità anche per periodi di tempo molto lunghi oppure il decorso può essere fluttuante, con fasi di scompenso nel corso della quali è richiesta, temporaneamente, un'intensità assistenziale più elevata.

Comfort care e controllo dei sintomi. L'obiettivo primario in fase avanzata è il comfort della persona, che si raggiunge tramite un accurato controllo dei principali sintomi che creano disagio e sofferenza.

L'accertamento dei sintomi può essere più difficile nei pazienti dementi, in fase avanzata e non comunicanti, nei quali diventa fondamentale l'osservazione del comportamento paraverbale (sospiri, lamenti) e non verbale (espressione del viso, postura).

Bisogna instaurare interventi farmacologici e non farmacologici (il rispetto della posizione antalgica nella mobilizzazione del paziente, l'applicazione del caldo o del freddo nelle zone dolorose, il massaggio e l'attenzione ad evitare manovre invasive inutili), concordando con il paziente o il caregiver le attività da svolgere.

3. **PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC)** da concordare con il malato e il suo caregiver, rispettando la libertà di autodeterminazione del paziente e anche il suo eventuale rifiuto alle cure.

4. **SOSPENSIONE DEI TRATTAMENTI FUTURI E NON APPROPRIATI.** La de-prescrizione farmacologica è uno strumento di semplificazione da considerare sempre al fine di evitare i trattamenti diagnostici e terapeutici inappropriati sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista etico. Bisogna desistere dai trattamenti che non influenzano significativamente la sopravvivenza e non contribuiscono a migliorare la qualità della vita.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 43 di 57

- Le persone affette da patologie croniche in fase avanzata assumono cinque o più farmaci e ciò può associarsi ad una peggiore qualità di vita. A volte nelle fasi terminali di malattia sono richieste somministrazioni di farmaci per la prevenzione primaria o secondaria, dei quali si può fare a meno.

- Riconoscere i limiti della medicina decidendo di astenersi e/o interrompere trattamenti sproporzionati. In questa ottica può essere utile definire un tempo di trattamenti massimali che se non sortiscono alcun effetto, in caso di resistenza alle cure, andranno sospesi (ad esempio 72 ore di terapia antibiotica massimale o supporto inotropo in caso di shock settico o trattamento dialitico/ventilazione non invasiva e terapia cardiologica massimale in caso di edema polmonare acuto).

CONCLUSIONI

Le persone nella fase terminale del loro ciclo vitale meritano attenzione ai propri bisogni e un'assistenza mirata ad alleviare le sofferenze, garantendo loro una dignitosa qualità della vita residua e della morte.

In queste situazioni il clinico **deve** proporre cure proporzionate, rifiutando l'accanimento terapeutico, affrontando la situazione con un approccio palliativista.

BIBLIOGRAFIA

1. Le cure palliative nel malato internistico: focus sulle malattie croniche in fase avanzata. DOCUMENTO DI CONSENSO INTERSOCIETARIO SICP-FADOI. 2022
2. Aldridge MD et al. Epidemiology and patterns of care at the end of life: rising complexity, shifts in care patterns and sites of death. Health Aff 2017; 36:1175 – 1183.
3. Report of the Lancet Commission on the Value of Death: bringing death back into life. Vol 399 February 26, 2022
4. Wals S et al. Palliative care interventions in advanced dementia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2021
5. Hall A et al. Identifying older adults with frailty approaching end-of-life: a systematic review. Palliat Med. 2021; 35 (10): 1832-1843
6. Shrestha S et al. Impact of deprescribing dual-purpose medications on patient-related outcomes for older adults near end-of-life: a systematic review and meta-analysis. Ther Adv Drug Saf. 2021; 12: e20420986211052343

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 44 di 57

14.5 MEDICINA D'URGENZA

Fine Vita nel Paziente in Area Critica Pronto Soccorso/Medicina d'Urgenza

La gestione del fine vita in area critica ed in situazioni di emergenza, quali possono essere gli accessi in Pronto Soccorso (PS) e Medicina d'Urgenza per evento acuto, rappresentano una sfida complessa e allo stesso tempo delicata per gli operatori dell'emergenza, in quanto è caratterizzata da molteplici esigenze, cliniche, etiche ed emotive. I pazienti in area critica spesso si trovano in condizioni di salute estremamente compromesse, tali da richiedere all'urgentista decisioni in tempi ristretti e a volte in mancanza di un quadro clinico completo.

In questo contesto, la pianificazione e la gestione del fine vita, assumono un ruolo cruciale per garantire la giusta dignità ed il dovuto rispetto al paziente, con altrettanto adeguato supporto ai familiari. Ma nella realtà attuale del Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) gli operatori sono pronti ad affrontare queste situazioni?

Per rispondere adeguatamente a tale domanda occorre analizzare quali siano gli elementi di criticità che gravano sulle scelte che un urgentista può essere chiamato a gestire:

- **"Inverse Care Law"**: ovvero il fenomeno per cui le persone con i bisogni di salute maggiori ricevono spesso un'assistenza sanitaria di qualità inferiore rispetto a quelle con minori necessità. Medici e infermieri con ridotta esperienza sono sempre più spesso impiegati nelle situazioni di maggiore difficoltà gestionale e clinica nel DEA.
- **Valutazione del paziente**: la determinazione della prognosi è essenziale per identificare i pazienti con limitate possibilità di recupero, ma non sempre risulta facile in un contesto caotico come il PS. L'uso di strumenti predittivi, come il SOFA score (Sequential Organ Failure Assessment) o il National Early Warning Score (NEWS) potrebbero supportare le decisioni cliniche.
- **Conflitti etici**: Il dialogo trasparente con il paziente o con i familiari, fondamentale per condividere le informazioni, risulta spesso difficile per l'operatore sanitario in emergenza e tutto ciò conduce spesso a divergenze tra il personale sanitario e i familiari sulle decisioni relative ai trattamenti.
- **Aspetti legali**: La necessità di bilanciare il rispetto delle norme vigenti con le esigenze cliniche ed etiche.
- **Stress emotivo**: L'alto livello di stress per il personale sanitario, che spesso si trova a dover gestire situazioni di grande complessità emotiva e morale.

L'obiettivo prioritario della gestione clinica rimane sempre il sollievo dei sintomi ed il rispetto della dignità del paziente, con particolare attenzione a

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 45 di 57

- **Controllo del dolore:** tramite oppioidi (morfina, fentanyl) e farmaci adiuvanti.
 - **Gestione dei sintomi associati:** dispnea, nausea, ansia e agitazione trattati con terapie farmacologiche mirate.
 - **Sospensione delle cure "futili":** scelta di non intraprendere trattamenti sproporzionati o invasivi. Alcuni Autori hanno sottolineato come nel momento in cui il risultato terapeutico non possa essere raggiunto, l'urgentista debba tentare di garantire al proprio paziente il "dying with dignity", ove la parola dignità è caratterizzata dal senso della radice latina di "compostezza e nobiltà" ed in tale ambito la medicina d'urgenza e la medicina palliativa rappresentano i due volti della stessa medaglia. Come tentare di migliorare quindi la risposta degli operatori dell'emergenza? La risposta sta nell'uniformare le competenze, soprattutto nella gestione del paziente critico, sia mediante applicazione delle Linee Guida, (Italian Resuscitation Council-European Resuscitation Council/American Heart Association), sia mediante la formazione con corsi "ad hoc" focalizzati sull'applicazione di Protocolli Aziendali del fine vita.
- Un approccio multidisciplinare, che integri competenze cliniche, bioetiche e psicologiche, è fondamentale per gestire il fine vita in area critica. La formazione continua del personale sanitario, l'adozione di protocolli chiari e il dialogo aperto con i familiari rappresentano strumenti essenziali per garantire un percorso dignitoso e rispettoso del paziente.
- La problematica della palliazione in ambito emergenziale risulta infine essere un argomento noto, ma ancora lontano da una piena integrazione procedurale. Possiamo quindi concludere ribadendo come sia auspicabile lo sviluppo di programmi di gestione del fine vita come parte integrante del corso di formazione per gli specialisti in Medicina d'Urgenza, con l'intento di fornire all'urgentista le competenze essenziali di quella che possiamo chiamare la Medicina Palliativa d'Urgenza.

Bibliografia

1. Hart, J. T. (1971). *The Inverse Care Law*. The Lancet, 297(7696), 405-412.
2. Lorenzati B. Redazione blog SIMEU "Le cure di Fine Vita in area critica". https://www.simeu.it/blog/?p=1452&utm_source=chatgpt.com.
3. Silvia Di Leo, Sara Alquati, Cristina Autelitano et Al. Palliative care in the emergency department as seen by providers and users: a qualitative study. Scand J Trauma Resusc Emerg Med. . 2019 Sep 18;27 (1) :88.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 46 di 57

14.6 CARDIOLOGIA

Il paziente cardiologico.

Il ricovero di pazienti in Terapia Intensiva Cardiologica alla fine della vita, con comorbidità gravi non oncologiche, è in costante aumento a causa dell'importante implementazione, negli ultimi 30 anni, di terapie farmacologiche e procedure strumentali avanzate. Tematiche etiche e comunicazionali per la condivisione delle decisioni con il paziente e la famiglia, la desistenza terapeutica, l'interruzione/non attivazione dei trattamenti di supporto vitale, la sedazione palliativa per il controllo dei sintomi, il supporto psicologico al paziente rappresentano, di conseguenza, elementi di conoscenza scientifica e management necessari e fondamentali nel Critical Care.

Per il paziente cardiologico le fasi del percorso diagnostico assistenziale nel setting del fine vita sono:

- Identificazione del paziente terminale: FEVS ridotta, CF NYHA IV, resistenza alla terapia
- Pianificazione delle cure
- Gestione multidisciplinare
- Definizione delle sedi di cura (domicilio, hospice, ospedale).

SCENARI CLINICI E MANAGEMENT

A) Identificazione del paziente con patologia cardiaca in fase terminale

1 Advanced Decompensated Heart Failure Scompenso cardiaco avanzato refrattario alla terapia massimale.

- Ospedalizzazioni frequenti per congestione e instabilità emodinamica.
- Ridotta risposta ai supporti inotropi e necessità crescente di step progressivi per la ventilazione
- Peggioramento dello stato funzionale e sintomi ingravescenti (NYHA IV, cachessia, sarcopenia)

2 Malattia Coronarica Multivasale non suscettibile di Rivascolarizzazione:

- Malattia coronarica avanzata con ischemia miocardica persistente.
- Angina refrattaria non controllabile con terapia medica massimale.
- Disfunzione ventricolare severa (frazione d'eiezione < 20-25%) con scompenso cardiaco avanzato.
- Controindicazioni o inefficacia della rivascolarizzazione chirurgica/percutanea.
- Episodi ricorrenti di instabilità emodinamica o aritmie ventricolari maligne non trattabili.

3 Storm Aritmico Non Suscettibile di Terapia Farmacologica/Elettrica

- Storm aritmico refrattario con tachiaritmie ventricolari incessanti (TV/FV) non controllabili
- Instabilità emodinamica persistente con shock cardiogeno irreversibile.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 47 di 57

- Comorbidità severa o quadro di MOF che controindicano supporti avanzati (ECMO, VAD).

4 Shock Cardiogeno/Settico

- **Shock cardiogeno:** Insufficienza cardiaca grave e persistente non rispondente a inotropi, vasopressori, o supporti meccanici
- **Shock settico:** sepsi grave complicata da disfunzione multiorgano, con indicatori positivi per fallimento della risposta alla terapia antibiotica e vasopressori.
- **Insufficienza multiorgano**

- **Assenza di reversibilità** nonostante trattamenti avanzati, con alta mortalità a breve termine

5 Scompenso Cardiaco Avanzato: non candidabilità a VAD o Trapianto Cardiaco

- Scompenso cardiaco avanzato refrattario (NYHA IV, FE < 20%) non rispondente alla terapia ottimale.
- Non candidabilità a VAD o trapianto cardiaco per:
 - o Età avanzata o comorbidità severa (BPCO, insufficienza renale, epatopatia, malattia neoplastica).
 - o Controindicazioni psicosociali (scarsa aderenza, supporto familiare inadeguato).
 - o Peggioramento clinico con ripetuti ricoveri per congestione e instabilità emodinamica

B) Procedura di Gestione per la valutazione del caso in esame (in tutte le condizioni precedentemente descritte):

1. **valutazione** del medico TI cardiologica e relazione assistenza del personale infermieristico
2. **presentazione del caso in esame al briefing quotidiano:**

- o Direttore UOC Cardiologia
- o cardiologo di continuità TI cardiologica
- o responsabile UOS UTIC
- o cardiologi TI Cardiologica

3.Convocazione Heart Team:

- o cardiologo UTIC
- o cardio-anestesista
- o cardiocirurgo/cardiologo interventista di Emodinamica - Emodinamica Strutturale/cardiologo interventista di Elettrofisiologia

4. **Convocazione Heart Team multidisciplinare** per pazienti con comorbidità attive di altra disciplina medica/chirurgica:

- o shock cardiogeno/settico → consulente Infettivologo: stewardship e planning microbiologico
- o concomitante patologia chirurgica non cardiaca → consulente Chirurgo Generale/d'Urgenza

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 48 di 57

o concomitante patologia oncologicaà consulente Oncologo

Ciascuno degli specialisti non cardiologi deve delineare:

o traiettoria prognostica della patologia non cardiaca

o beneficio in termini di outcome di eventuali terapie avanzate

o alert per futilità delle terapie pianificate

5. Redazione relazione di Heart Team/Heart Team Multispecialistico: approvato e firmato da ogni singolo componente e da un rappresentante del personale infermieristico (indicato dal personale infermieristico all'atto della decisione della convocazione e discussione in Heart Team)

6. Acquisizione del Documento di Heart Team: attualmente viene depositato il modello cartaceo opportunamente compilato e firmato nella cartella "cartacea" (modulistica GIPSE, RAD, Consensi Informati, ECG, referti ecocardiografici con documentazione fotografica, documentazione personale del paziente, cartella clinica di Strutture Spoke per i pazienti centralizzati) in attesa di eventuale creazione/ validazione di finestra di acquisizione modulo Heart Team in formato PDF su sistema aziendale SIS4Care.

7. Comunicazione ai familiari della decisione condivisa in Heart Team: colloquio riservato tra Direttore UOC Cardiologia, cardiologo UTIC, responsabile UTIC, rappresentante personale infermieristico e familiari per la condivisione con il paziente (se cosciente) e con i familiari.

8. Attuazione del protocollo fine vita per i pazienti terminali:

o pazienti con conservato stato di coscienza: consulenza del palliativista

o pazienti non contattabili per sedazione/GCS = 3-6: descalation supporti vasopressori/inotropi e ventilatori, sospensione delle terapie farmacologiche per il management clinico avanzato (mantenendo idratazione e nutrizione parenterale).

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 49 di 57

14.7 DONAZIONE DI ORGANI

La donazione di organi costituisce il presupposto e il limite per offrire, nell'ambito del SSN, alle migliaia di cittadini in lista d'attesa, una speranza e un trattamento potenzialmente salva-vita.

La donazione di organi è un compito ordinario delle Rianimazioni/Terapie intensive dell'ospedale, come atto medico di valore etico e terapeutico successivo all'Accertamento di Morte con criteri neurologici (morte encefalica) o cardiaci (arresto cardiocircolatorio), finalizzato al trapianto. La donazione di organi, frutto di una scelta libera e consapevole, deve essere incoraggiata e onorata.

Inoltre la possibilità di donare organi e tessuti dopo la morte a scopo di trapianto terapeutico dovrebbe essere offerta a tutti, come parte integrante del percorso di fine vita in TI.

Una donazione di organi e tessuti non ha valore soltanto per il grande beneficio del soggetto ricevente, ma anche per il rispetto del diritto all'autodeterminazione del donatore e per l'alto significato che riveste per i familiari nel momento della perdita del loro caro.

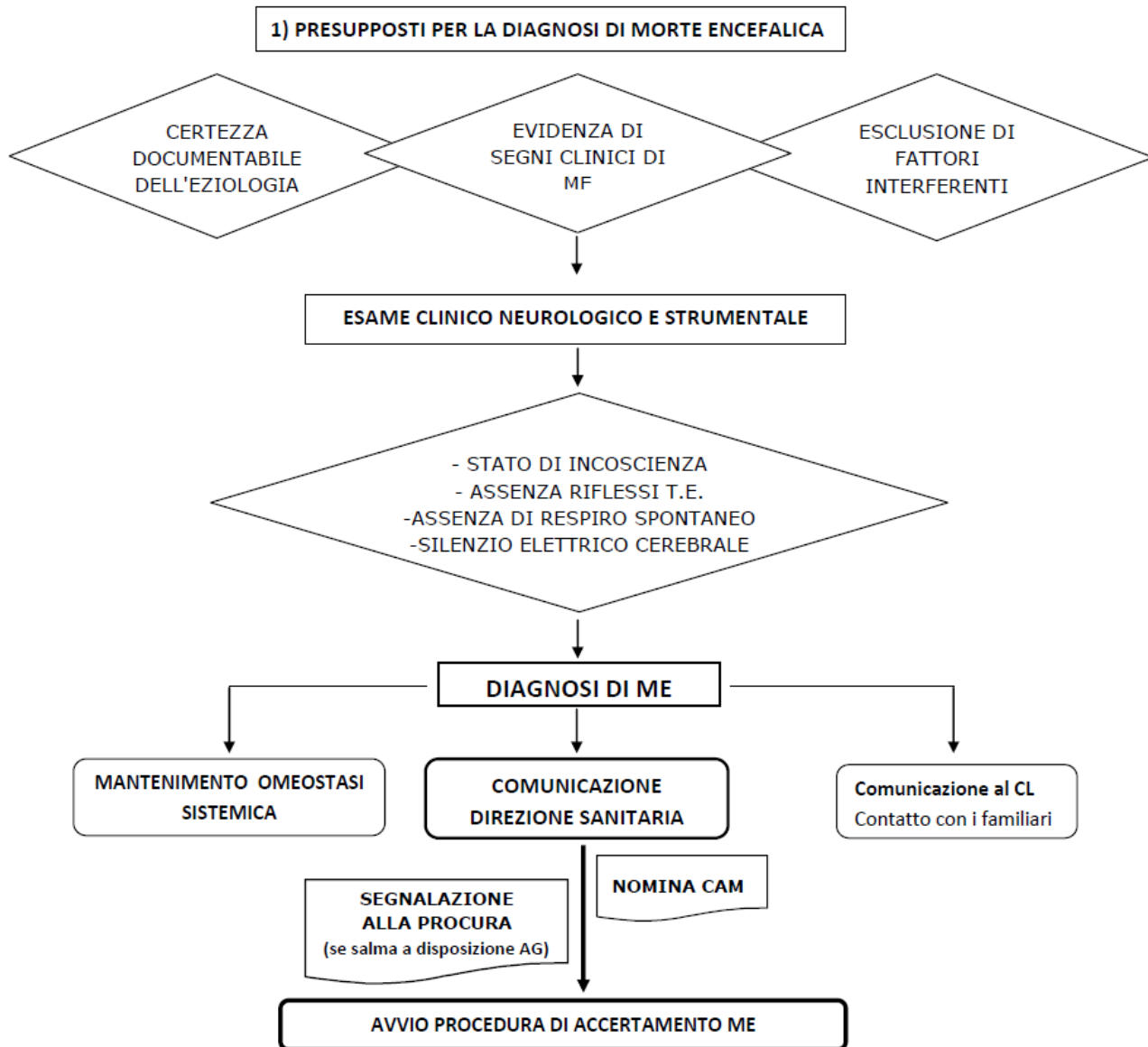
Gli organi possono essere prelevati da donatori deceduti nei quali si effettui l'accertamento di morte con criteri neurologici (donatore a cuore battente) o con criteri cardiologici (donatore a cuore fermo).

Il potenziale donatore di organi a cuore battente è un paziente al quale viene diagnosticata la morte per la cessazione irreversibile delle funzioni cerebrali. Si tratta di pazienti con lesione cerebrale irreversibile (trauma cranio-encefalico, emorragia cerebrale, ictus, encefalopatia post-anossica, tumori cerebrali, meningoencefaliti etc.) che per le loro caratteristiche sono donatori potenziali di tutti gli organi e tessuti. La maggior parte dei deceduti in M.E. proviene dai reparti di Terapia Intensiva, dal Pronto Soccorso, dalla Rianimazione.

DONAZIONE DOPO ACCERTAMENTO CON CRITERI NEUROLOGICI (DBD). Nel caso di accertamento di morte con criteri neurologici, la valutazione dell'idoneità del potenziale donatore e la verifica della volontà di donare gli organi per trapianto – secondo la normativa e le raccomandazioni correnti – vengono effettuate durante il periodo di osservazione delle morte encefalica e nelle ore immediatamente successive.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 50 di 57

6. DIAGRAMMI DI FLUSSO



DONAZIONE DOPO ACCERTAMENTO CON CRITERI CARDIOCIRCOLATORI (DCD). Nel caso di donazione controllata a cuore fermo, la valutazione dell'idoneità del donatore e la verifica della volontà di donare gli organi per trapianto precedono inevitabilmente il momento della morte. Essi devono però essere successivi al processo decisionale che determinerà la limitazione terapeutica, nonché alla comunicazione di tali decisioni ai familiari e alla verifica della loro comprensione della situazione di terminalità.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 51 di 57

In nessun caso il processo della donazione (anche nella fase iniziale di valutazione e identificazione) può precedere o interferire con il processo decisionale che sottende a una scelta di limitazione dei trattamenti.

In caso di identificazione di un donatore a cuore fermo (persona morente, percorso di fine vita avviato, accertamento dell'idoneità e verifica della volontà favorevole alla donazione), la decisione di limitazione, rimodulazione dei trattamenti di supporto delle funzioni vitali deve essere espressa in maniera condivisa e collegiale dai medici curanti L'Equipe di prelievo e trapianto non potrà in alcun modo aver parte nelle decisioni di "fine vita" e nell'accertamento di morte.

La donazione dopo morte accertata con criteri cardiocircolatori (DCD) è in Italia del tutto lecita e non richiede riferimenti normativi o etici differenti rispetto alle leggi che già regolano la donazione quando la morte è accertata con criteri neurologici. Tuttavia le raccomandazioni Operative sulle Donazioni a Cuore fermo in Italia diffuse dal Centro Nazionale Trapianti (CNT) raccomandano di rispettare alcuni principi fondamentali:

- a) L'osservanza della "Dead Donor Rule" mediante l'accertamento di morte con criteri cardiaci (la legge italiana prevede 20 minuti *no touch period*). La "regola che il donatore sia morto" (Dead Donor Rule) sancisce il dogma per cui nessuna persona può essere considerata donatore di organi e tessuti, se non dopo averne certificato la morte
- b) Il consenso/non opposizione alla donazione accertato secondo la normativa
- c) L'autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria nei casi previsti
- d) La separazione tra equipe curante (coinvolta nelle decisioni e nella gestione del "fine vita" e nell'accertamento della morte) e l'equipe che si occupa del processo donazione e trapianto

Per cui questa procedura si applica in tutti i casi in cui in un paziente con prognosi infausta sia stato attivato un percorso di limitazione terapeutica trasparente, condiviso e programmato, in assenza di controindicazioni evidenti alla donazione e in presenza di volontà favorevole alla donazione "espressa in vita" dal PDO o testimoniata dai familiari aventi diritto e/o dal fiduciario designato nelle DAT (non opposizione alla donazione).

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 52 di 57

14.8 EMATOLOGIA

Background

Nonostante sia ampiamente dimostrata in molti studi l'utilità delle cure palliative per migliorare la qualità di vita nei pazienti con tumori in stadio avanzato, tuttavia l'utilizzo di hospice tra i pazienti con tumori del sangue è significativamente più basso rispetto a quelli con neoplasie Solide (*Odejide,2017*). Uno studio del MD Anderson Cancer Center dell'Università del Texas che ha confrontato la qualità delle cure di fine vita tra i pazienti con neoplasie ematologiche avanzate e tumori solidi ha riportato differenze significative. In particolare, negli ultimi 30 giorni di vita, i pazienti con neoplasie ematologiche avevano significativamente più probabilità di ricevere chemioterapia (43% vs 14%; $p < 0,001$) e terapia mirata (34% vs 11%; $p < 0,001$) rispetto ai pazienti con tumori solidi. Inoltre, i pazienti con neoplasie ematologiche hanno avuto una maggior frequenza di accessi al pronto soccorso (54% vs 43%; $p = 0,03$), di ricoveri ospedalieri (81% vs 47%; $p < 0,001$), di ammissioni ospedaliere multiple (23% vs 10%; $p < 0,001$), di ricoveri prolungati (>14giorni) (38% vs 8%; $p < 0,01$), di ammissioni in unità di terapia intensiva (39% vs 8%; $p < 0,001$), di morte in una struttura per l'assistenza acuta (33% vs 4%; $p < 0,001$) e meno consultazioni di cure palliative (22% vs 48%; $p = 0,003$) (*Hui D,2014*).

Altri studi effettuati in paesi diversi hanno rivelato risultati simili per i pazienti con neoplasie ematologiche (Tang ST, 2009; Ho TH, 2011).

Questo fenomeno è legato all'ampia disponibilità di cure efficaci nel paziente ematologico, per cui non c'è uniformità di definizione di paziente terminale ovvero colui per il quale non esiste più alcuna possibilità terapeutica (LeBlanc TW, 2015a; LeBlanc TW 2015b). Pazienti con malattie definite non curabili possono rispondere a diverse linee di trattamento e avere un'aspettativa di vita prolungata (Fletcher SA, 2016).

Inoltre il minore avviamento dei pazienti ematologici a cure palliative è legato anche al fatto che la maggior parte degli hospice non fornisce trasfusioni di supporto, mentre la terapia di supporto trasfusionale è ritenuta, in alcune patologie ematologiche non curabili, un trattamento adeguato che permette la sopravvivenza del paziente con buona qualità di vita (*OdeJide OO, 2014; LeBlanc TW, 2018; To THM, 2017*).

Cure palliative integrate in ematologia

In base a quanto sopra è evidente come le persone affette da malattie ematologiche e le loro famiglie presentano bisogni complessi e mutevoli nel tempo in relazione a fattori clinici, sociali, psicologici

PDТА:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDТА/901/S0DS025/26/02		Pag. 53 di 57

(Olszewski AJ, 2017). In ematologia è necessario superare il concetto di cure palliative come solo trattamento di fine vita, ma sottolineare l'importanza del concetto di cure palliative concomitanti in cui la terapia di supporto va ad integrarsi con il trattamento attivo (Hui D, 2015; Lowe JR, 2018). Il passaggio di presa in carico dalle cure Ematologiche alle cure Palliative è legato quindi a:

1. Mancanza di uno specifico sistema di fattori prognostici per prevedere la sopravvivenza in fase terminale
2. Disponibilità di molte opzioni terapeutiche che prolungano la vita dei pazienti con remissione dei sintomi e impatto sulla qualità di vita
3. Elevata chemiosensibilità delle neoplasie ematologiche
4. Necessità di terapia di supporto intensiva (trasfusionale, anti-infettiva, ventilatoria) per complicanze da CHT intensiva
5. Elevato livello tecnologico delle procedure diagnostiche e terapeutiche (monitoraggio molecolare della malattia, trapianto cellule staminali, terapie biologiche)

Pazienti candidabili alle cure palliative di fine vita

Si possono considerare come potenziali destinatari di erogazione di cure palliative in ematologia:

- a) Pazienti pluritrattati per i quali non vi siano ulteriori terapie attive o per i quali ulteriori trattamenti non siano ritenuti vantaggiosi in termini di qualità di vita
- b) Pazienti in trattamento antineoplastico con rapida progressione e sintomi non trattabili (come dispnea per bulky mediastinico-versamento pleurico/ascite nei bulky addominali, febbre persistente se escluse le cause infettive)
- c) Pazienti che, in seguito alla malattia pluritrattata e alle terapie eseguite, abbiano presentato complicanze infettive o tossicità gravi che ne controindichino ulteriori trattamenti attivi

Equipe multidisciplinare ematologica

Per questi pazienti in fase avanzata di malattia che non siano candidabili ad approcci chemioterapici, se non volti al contenimento dei sintomi, è indicata una valutazione multidisciplinare.

L'equipe deve essere costituita da:

- a) Ematologi che discutono il caso al briefing insieme all'ematologo che ha in cura il paziente
- b) Se indicato, altri specialisti (rianimatori, cardiologi, etc)
- c) Palliativista

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 54 di 57

d) Psico-oncologo

Obiettivo dell'equipe è individuare il percorso di cura in cure palliative più adatto al singolo paziente. Nella valutazione è necessario tenere presente sia i desideri del paziente e di eventuali caregivers che la comunicazione al paziente della fase di malattia e della sua prognosi.

L'attivazione dell'equipe multidisciplinare deve avvenire in occasione di un accesso all'ambulatorio o durante il ricovero in cui viene valutato il prosieguo delle cure in termini di percorso clinico-terapeutico (es. schemi di chemioterapia palliativa, ritmi e fabbisogno trasfusionale, posizionamento di cateteri venosi, tipo di gestione extraospedaliera, qualità di vita) e assistenziale con individuazione dei luoghi di cura più adatti:

- 1) dimissione protetta a domicilio con assistenza domiciliare ematologica
- 2) trasferimento in altro luogo di cura (es. lungodegenza o hospice)

Conclusioni

In Ematologia le cure palliative meritano di essere integrate precocemente con le terapie specifiche. La realizzazione di equipe di cure palliative intra-ospedaliere possono aiutare a controllare i sintomi dei pazienti e facilitare soluzioni assistenziali alternative.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 55 di 57

14.9 ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Assistenza infermieristica agli adulti nel fine vita

L'assistenza infermieristica nel fine vita è fondamentale per garantire la massima qualità di vita possibile, dignità e conforto ai pazienti terminali e supporto alle loro famiglie, gestendo dolore, ansia e sintomi fisici.

L'infermiere agisce perciò con approccio olistico, attraverso una valutazione multidimensionale dei bisogni del paziente centrata sul comfort, la dignità, il sostegno psicologico e il supporto della famiglia, nel rispetto del Codice Deontologico (art.26): *L'infermiere garantisce la cura fino al termine della vita della persona assistita. L'infermiere riconosce l'importanza della pianificazione e attuazione dell'assistenza attraverso il modello delle cure palliative per il sollievo nelle dimensioni fisiche, psicologiche, relazionali, spirituali e ambientali. Riconosce, promuove e sostiene il valore della pianificazione condivisa delle cure. L'infermiere si prende cura dei familiari e delle persone di riferimento della persona assistita nell'evoluzione finale della malattia, nel momento della perdita e nella fase di elaborazione del lutto.*

L'infermiere, inoltre, partecipa con l'equipe al colloquio con i familiari, favorisce la realizzazione di un ambiente adeguato, interrompe le terapie non più necessarie secondo lo schema terapeutico.

In questo documento risalta la centralità dell'assistenza come processo per garantire un buon livello di qualità della vita delle persone morenti, attraverso la capacità dell'infermiere di personalizzare e rendere uniche procedure standardizzate e impersonali.

Gli infermieri offrono, oltre alle loro competenze clinico-assistenziali, anche la disposizione al *caring*, il prendersi cura non solo del paziente ma di tutta la sua famiglia, concentrando l'attenzione sugli specifici bisogni individuali. Contemporaneamente sono chiamati ad affrontare con equilibrio i nuovi problemi conseguenti al progresso scientifico e sociale: il fenomeno dell'invecchiamento della popolazione, i trattamenti sempre più medicalizzati e l'utilizzo di tecnologie sempre più all'avanguardia.

A scopo esemplificativo gli elementi chiave nel fine vita sono:

- **Gestione del dolore e sintomi:** controllo dei sintomi fisici (dispnea, dolore, nausea) e supporto per paura, ansia e rabbia, attraverso interventi farmacologici e non farmacologici, preferibilmente anticipando le necessità
- **Ruolo relazionale:** presenza costante, ascolto attivo e comunicazione efficace con paziente e familiari, assumendo la veste di confidente, costruendo un rapporto di fiducia per affrontare le fragilità, le paure e la frustrazione legate alla malattia, anche fungendo da ponte comunicativo

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 56 di 57

- **Rispetto della volontà:** attuazione delle Disposizioni Anticipate di Trattamento e della pianificazione condivisa delle cure.

- **Continuità dell'assistenza:** garantire l'assistenza fino all'ultimo momento assicurando il rispetto della dignità e dei desideri del malato.

Per una appropriata e adeguata pianificazione delle cure infermieristiche è necessario valutare scrupolosamente ogni malato fino dalla fase dell'accertamento infermieristico all'ingresso con l'obiettivo di personalizzare l'assistenza e coinvolgere il paziente e la famiglia nel processo assistenziale.

Gli infermieri si occupano dei bisogni dei pazienti, osservandoli costantemente, valutandoli e intervenendo per ridurre e alleviare la sintomatologia che, con la progressione della malattia, può subire delle rilevanti variazioni: spesso i sintomi possono comparire, modificarsi, aggravarsi e proprio l'adeguamento dei trattamenti alle nuove esigenze rappresenta una delle maggiori priorità assistenziali. Una adeguata pianificazione anticipata infermieristica delle cure e degli interventi costituisce il modo migliore di affrontare queste problematiche congiuntamente a un piano di assistenza che utilizzi come modello di riferimento quello centrato sui bisogni della persona e della famiglia, ricordando sempre la necessità di una rimodulazione continua degli interventi sia terapeutici che assistenziali.

Le decisioni dell'intera equipe di assistenza devono sempre rispettare pienamente i desideri e le direttive anticipate del paziente, obiettivo realizzabile solo attraverso una costante condivisione con il malato della strategia di cura, mettendo al centro del progetto la sua volontà.

PDTA:	PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO ASSISTENZIALE PER LA GESTIONE DEL PROCESSO DI FINE VITA	Rev. 01 del 11/02/2026
Cod. Doc.: PDTA/901/S0DS025/26/02		Pag. 57 di 57

14.10 PROTOCOLLO SPIKES

SETTING UP	Iniziare preparando il contesto e disponendosi all'ascolto
PERCEPTION	Valutare le percezioni della persona malata, ovvero cercare di capire quanto la persona già sappia e l'idea che essa si è fatta della sua malattia
INVITATION	Invitare la persona malata ad esprimere il proprio desiderio di essere informata o meno su diagnosi, prognosi e dettagli di malattia
KNOWLEDGE	Fornire alla persona malata le informazioni necessarie a comprendere la situazione clinica
EMOTIONS	Facilitare la persona a esprimere le proprie reazioni emotive rispondendo ad esse in modo empatico e rispecchiante
STRATEGY AND SUMMARY	Discutere, pianificare e concordare con la persona una strategia d'azione che prenda in considerazione possibili interventi e i risultati attesi; lasciare spazio ad eventuali domande; valutare quanto la persona abbia effettivamente compreso chiedendole di riassumere quanto detto

Baile et al 2000, modificato