

PDTA FINE VITA

PERCORSO AZIENDALE ASL ROMA 5

UOSD COORDINAMENTO PDTA
COORD.H.TER_PR_002_2026_REV_00

INDICE

- 1. Premessa pgg 5-8**
 - 1.1 Quadro normativo di riferimento
 - 1.2 Definizione della condizione di fine vita
 - 1.3 Definizioni e acronimi
 - 1.4 Campo d'applicazione
 - 1.5 Cure palliative
- 2. Scopo pgg 8-9**
 - 2.1 Obiettivi del PDTA
- 3. Criteri d'accesso al PDTA pg 9**
- 4. Riferimenti normativi pg 10**
- 5. Evidenze scientifiche a supporto pgg 10-11**
- 6. Fasi e rappresentazione del PDTA (FLOWCHART) pgg 11-21**
 - 6.1 Inquadramento del paziente
 - 6.2 Inquadramento e istituzione del team valutativo di reparto sul fine vita
 - 6.3 Strumenti di valutazione
 - 6.4 Valutazione del paziente
 - 6.5 Composizione del team multidisciplinare e multiprofessionale
 - 6.6 Pianificazione condivisa dell'assistenza e attivazione delle cure palliative
 - 6.7 Colloquio con il/la paziente e la sua rete familiare
 - 6.8 Documentazione e tracciabilità
- 7. Decisioni etiche e limiti dell'intervento chirurgico nel percorso di fine vita pgg 22-23**
- 8. Rimodulazione delle cure pgg 23-25**
 - 8.1 Sedazione palliativa
 - 8.2 Nutrizione e idratazione
 - 8.3 Antibiotico terapia
 - 8.4 Gestione dell'emotrasfusione nel fine vita
- 9. Ruolo dell'infermiere nel percorso di fine vita pgg 25-27**
- 10. Ruolo della fisioterapia nel percorso di fine vita pgg 28-30**
 - 10.1 Griglia di rilevazione del bisogno di fisioterapia in cure palliative
- 11. Paziente potenziale donatore e percorso donazione pgg 31-32**
 - 11.1 Accertamento della morte encefalica
 - 11.2 Donazione di tessuti (cornee)
- 12. Scostamenti ed eccezioni pg 33**
- 13. Matrice delle responsabilità pg 34**
- 14. Valutazione, verifica e monitoraggio del PDTA pg 35**
- 15. Emissione, distribuzione e archiviazione pg 35**
- 16. Revisione e aggiornamento pg 36**

ALLEGATI pgg 37-44

- I. SPICT
- II. ROCKWOOD FRAILTY SCALE
- III. CHARLSON COMORBIDITY INDEX
- IV. INDICE DI KARNOFSKY
- V. CRITERI FUNZIONALI DI FRIED
- VI. ECOG PERFORMANCE STATUS
- VII. STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE PSICOLOGICA
- VIII. SPIRITUALITÀ
- IX. SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE
- X. LINEE GUIDA SICP SIAARTI SULLA SEDAZIONE PALLIATIVA NELL'ADULTO

GRUPPO DI LAVORO pg 45

1 PREMESSA

Curare è anche prendersi cura del paziente morente fino alla fine, anche quando la guarigione o la stabilizzazione non sono più obiettivi raggiungibili. Questo è il concetto fondamentale che riassume lo scopo di questo documento.

La medicina e il progresso tecnologico hanno reso possibile la presa in carico di pazienti sempre più fragili, non necessariamente anziani, per dare risposte terapeutiche a malattie un tempo incurabili. Questa evoluzione pone gli operatori sanitari di fronte a scenari clinici complessi, quali:

- malati cronici in fase terminale
- pazienti affetti da patologia acuta gravissima
- malati critici in Terapia Intensiva che non rispondono a terapia massimale
- malati fragili, candidati a intervento chirurgico in regime di urgenza emergenza, per i quali il rischio di mortalità e morbidità intra e peri operatoria è considerato eccessivo o per i quali la sopravvivenza dipenda dal supporto di funzioni vitali attraverso la ventilazione invasiva o ad esempio la terapia sostitutiva renale
- malati già definiti dai medici curanti come pazienti al termine della loro vita per esaurimento delle opzioni terapeutiche o per progressione inarrestabile della malattia

Sempre più spesso il personale sanitario è chiamato a prendere decisioni su non intraprendere (**withholding**) o sospendere (**withdrawal**) terapie in un contesto clinico dove, pur indicate, risulterebbero **sproporzionate** in quanto non in grado di modificare la traiettoria clinica verso la fine della vita del paziente morente.

Questi scenari impongono la necessità di scegliere con consapevolezza ed equilibrio cosa fare nel migliore interesse del paziente e insieme al paziente, o al suo fiduciario.

In pratica questo significa introdurre il concetto di **proporzionalità delle cure**.

È necessario precisare cosa s'intende per **futilità o non proporzionalità dei trattamenti**.

Un trattamento è definito **futile** quando non è ragionevolmente in grado di raggiungere il risultato terapeutico per il quale viene proposto.

Un trattamento è definito **non proporzionale**, quando, pur avendo qualche probabilità di raggiungere il risultato terapeutico, è da ritenersi non appropriato da proporre al paziente in considerazione della gravità estrema del suo quadro clinico.

La condivisione delle scelte terapeutiche con il paziente trova la sua definizione nell'ottenimento del **consenso informato**. Tale passaggio è irrinunciabile in tutte le situazioni, ad eccezione degli scenari di emergenza-urgenza. In tali condizioni è doveroso per l'equipe sanitaria trattare con approccio intensivo il paziente in condizioni critiche, programmando una rivalutazione a breve termine finalizzata a verificare l'appropriatezza e proporzionalità delle cure.

In determinate condizioni, spesso ricorrenti in particolare in area critica, risulta difficile, a volte impossibile, ottenere il consenso informato dalla persona malata perché questa si trova in condizione di **"incapacità mentale"** (grave lesione cerebrale acquisita, delirium, sedazione, coma, ecc.). In queste particolari condizioni il curante dovrà far riferimento alle **DAT** (Disposizioni Anticipate di Trattamento) o

al **fiduciario** o all'**amministratore di sostegno** o al **tutore legale** ove presenti. In assenza di tutto ciò, cercherà di **ricostruire la volontà** della persona attraverso la testimonianza dei familiari facendo attenzione a non "delegare" ad essi il peso della decisione.

Il **trattamento intensivo iniziale** del paziente, giunto in PS in condizioni critiche, non preclude la **rivalutazione a breve termine** delle condizioni per un più preciso inquadramento di una condizione di fine vita.

Il successivo riconoscimento di tale condizione può esitare in due possibili, distinte azioni: astensione e/o sospensione terapeutica.

L'**astensione** consiste nel non iniziare un trattamento considerato, alla luce del quadro clinico, futile o non proporzionato.

La **sospensione** di un trattamento può essere considerata quando, una volta chiarito il quadro clinico, la prosecuzione di uno o più specifici trattamenti si configuri come futile o sproporzionato.

La scelta da parte dell'equipe medico infermieristica di praticare l'astensione o la sospensione terapeutica comporta l'attivazione contestuale e immediata delle **cure palliative**.

I pazienti morenti hanno il diritto di conservare, per quanto possibile, l'autodeterminazione e devono essere garantite loro cure che aiutino a ridurre le sofferenze. **L'obiettivo è far sì che abbiano una vita dignitosa fino alla fine.** In tali condizioni, va praticato un approccio palliativo, che non significa smettere di curare, ma prendersi cura di loro nel modo migliore possibile, garantendo rispetto e conforto. L'importante è alleviare le sofferenze, anche se questo significa non cercare di prolungare ulteriormente la vita.

Cardini fondamentali sono:

- il rigetto dell'approccio paternalistico nel rapporto curante-paziente
- la condivisione delle decisioni attraverso la pianificazione anticipata e condivisa delle cure
- il coinvolgimento della rete familiare del paziente offrendo adeguato supporto psicologico
- Il rispetto della volontà del paziente, della sua dignità e della sua integrità
- La sospensione o l'astensione da trattamenti sproporzionati o non più utili
- Offrire un'assistenza centrata sulla persona e volta ad alleviare la sua sofferenza

1.1 QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

I riferimenti di legge più probanti sono da identificare nella **legge 219/2017 " Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento"** e nella **Legge 38/2010 " Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"**

Il contributo più significativo della **legge 219/2017** risiede nell'aver posto al centro del processo terapeutico il rispetto e la considerazione della volontà del cittadino, nella sua condizione di paziente, nel diritto di scegliere in maniera consapevole e informata se sottoporsi a procedure diagnostiche

invasive, terapie mediche o chirurgiche. Altro contributo fondamentale di questa legge è l'aver chiarito che tale processo deve essere considerato in continuo divenire.

La **Legge 38/2010** intende tutelare il diritto di tutte le persone malate, anche in fase terminale, a ricevere cure che allevino le sofferenze e siano finalizzate a conservare e, ove possibile, migliorare la qualità della vita residua nel rispetto della dignità della vita umana e dei bisogni primari del paziente.

1.2 DEFINIZIONE DELLA CONDIZIONE DI FINE VITA:

2. La malattia è progressiva, avanzata e non più responsiva alle cure
3. Obiettivo dell'assistenza: passaggio dal momento curativo a quello palliativo
4. La **domanda sorprendente** indica un intervallo temporale non superiore i 12 mesi

1.3 DEFINIZIONI E ACRONIMI

CCI Charlson Comorbidity Index

CFS Clinical Frailty Scale sviluppata da Rockwood

DAT Disposizioni anticipate di trattamento

DECIDE Modello per la gestione di una conversazione con il/la paziente e la sua famiglia per coinvolgerli pienamente nel processo decisionale su trattamento e assistenza.

DPSS Dipartimento delle Professioni Sanitarie

PDO Potenziale Donatore di Organi

PS Pronto Soccorso

RLCP Rete Locale di Cure Palliative

SP Sedazione Palliativa

SPIKES Modello per la comunicazione delle cattive notizie in ambito sanitario

UVCPA Unità Valutativa Cure Palliative Aziendale

1.4 CAMPO DI APPLICAZIONE

- Il percorso è rivolto a pazienti **adulti** in fase avanzata o terminale di malattia ricoverati in vari reparti.
- Viene promosso un approccio multidisciplinare che valorizza le professionalità coinvolte e l'autodeterminazione del paziente.

1.5 DESCRIZIONE DELLE CURE PALLIATIVE NELLA ASL ROMA 5

Le cure palliative rappresentano un approccio globale alla persona malata, volto non solo al trattamento dei sintomi, ma anche al sostegno della qualità della vita del paziente e della sua famiglia. Secondo la definizione della Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), esse mirano a «migliorare la qualità di vita dei malati e delle loro famiglie che si trovano ad affrontare problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e il sollievo della sofferenza e il trattamento precoce del dolore e di altri problemi, siano essi di natura fisica, psicologica, sociale o spirituale». In Italia la **legge n. 38/2010** ha sancito il diritto al sollievo dalla sofferenza e la garanzia di un'assistenza qualificata in presenza di bisogni

di cure palliative. Il modello scelto per l'organizzazione dei servizi è quello della **"rete"**, che integra a livello territoriale ospedale, distretto, domicilio, hospice e medico di medicina generale.

Nel territorio della ASL Roma 5, le cure palliative sono gestite dalla **UOSD Hospice e Cure Palliative** nell'ambito della **Rete Locale di Cure Palliative (RLCP)**. La RLCP della ASL Roma 5 si configura come un'articolazione territoriale che unisce diversi **"nodi assistenziali"**: il domicilio, l'hospice, l'ospedale, l'ambito ambulatoriale, le RSA, i medici di medicina generale, i servizi sociali comunali. Tale modello garantisce continuità assistenziale, multidisciplinarietà, presa in carico precoce e appropriatezza delle risposte.

La mission della UOSD Hospice e Cure Palliative è quella di garantire la continuità assistenziale nelle fasi di **transitional care**, ossia nel passaggio dalle cure attive alle cure palliative, prevenendo il senso di abbandono che frequentemente si manifesta in questa fase della malattia e assicurando un approccio personalizzato, coerente con le caratteristiche e le aspettative dei pazienti. A tal fine, la Struttura garantisce:

- l'erogazione di prestazioni e consulenze in materia di cure simultanee e palliative;
- l'ottimizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (PDTA) mediante una gestione multidisciplinare degli interventi;
- l'individuazione del setting assistenziale più appropriato per la presa in carico del paziente.

La funzione principale della UOSD CP è quella di intercettare **precocemente** i bisogni di cure palliative, promuovendo l'approccio palliativo precoce e le cure simultanee ai trattamenti attivi. Ciò avviene attraverso la sensibilizzazione e il coinvolgimento attivo dei **MRUP**, dei **PLS** e degli **specialisti ospedalieri e territoriali**, ai quali compete la tempestiva attivazione dell'intervento del palliativista, con particolare attenzione anche ai pazienti affetti da patologie non oncologiche. Presso la **UOSD Hospice e Cure Palliative** ha sede l'**Unità Valutativa di Cure Palliative Aziendale (UVCPA)**, con il compito di valutare i pazienti con bisogni di cure palliative e di definire l'approccio assistenziale più appropriato. La UVCPA individua i pazienti che possono beneficiare delle cure palliative, indipendentemente dalla patologia di base o dallo stadio di malattia, e stabilisce l'opportunità di attivare un approccio di **cure simultanee, cure palliative precoci, o cure palliative di base o specialistiche**.

Per ulteriori informazioni si rimanda al link:

<https://www.aslroma5.it/amministrazione-trasparente/rete-locale-di-cure-palliative/>

2 SCOPO

Stante la premessa, questo documento si prefigge la finalità di fornire a tutto il personale sanitario strumenti utili per tracciare un percorso clinico assistenziale che rispetti e tuteli la dignità e la qualità di vita residua del paziente morente.

Questo si realizza in concreto attraverso la produzione di raccomandazioni per orientare i processi decisionali del fine vita.

Elementi fondamentali sono l'approccio multi professionale e disciplinare, la condivisione delle scelte e la pianificazione di esse al fine di facilitare la gestione clinica del paziente al termine della vita, offrendo al paziente stesso e alla sua rete familiare le cure e il sostegno necessario per affrontare tale circostanza.

Elemento caratterizzante del percorso è la centralità e il rispetto della capacità del paziente di autodeterminarsi.

Il presente documento prende in considerazione il **paziente adulto ricoverato in Pronto Soccorso o in altri reparti del presidio ospedaliero che presenti una condizione di malattia avanzata**

2.1 OBIETTIVI DEL PDTA:

- **Approccio** multi professionale e multidisciplinare alla problematica del fine vita per superare la tendenza dei professionisti a lavorare in solitudine
- La ricerca e l'applicazione di una **strategia comunicativa** basata su chiarezza ed empatia attraverso il coinvolgimento della famiglia
- La **pianificazione condivisa** del piano terapeutico e assistenziale con il paziente e la sua rete familiare e relazionale, valorizzando la capacità di **autodeterminazione** del paziente stesso.
- L'istituzione tempestiva delle **cure palliative intra ospedaliere**, con particolare attenzione al **controllo del dolore**
- Nuovo impulso alla struttura dell'**organ procurement** attraverso l'individuazione, per ogni presidio ospedaliero, di medici e infermieri da formare a questa specifica attività
- Pianificazione di attività d'**informazione e formazione** sul documento che verrà elaborato
- Evitare trattamenti inutili o sproporzionati nella fase avanzata della malattia
- Garantire **continuità assistenziale** tra ospedale, territorio e famiglia
- Supportare la famiglia durante la malattia ed il lutto

3 CRITERI D'ACCESSO AL PDTA

Devono avere accesso al PDTA i pazienti che, al loro ingresso in ospedale, si trovino in una fase della loro malattia tale da considerare più appropriato un percorso di cure palliative, con l'obiettivo di **garantire qualità alla vita residua**, piuttosto che terapie futili o sproporzionate.

Di seguito si riporta la classificazione schematica delle **tipologie di pazienti** suscettibili d'inquadramento per percorso di fine vita:

- malati cronici in fase terminale
- pazienti affetti da patologia acuta gravissima
- malati critici in Terapia Intensiva, che non rispondono a terapia massimale
- malati fragili candidati a intervento chirurgico in regime di urgenza emergenza, per il quale il rischio di mortalità e morbidità intra e peri operatoria è considerato eccessivo o per il quale la sopravvivenza dipende dal supporto di funzioni vitali come la ventilazione invasiva o la terapia sostitutiva renale per esempio.
- Malati già definiti dai medici curanti come pazienti al termine della loro vita per esaurimento delle opzioni terapeutiche o per progressione inarrestabile della malattia (pazienti oncologici per esempio)

4 RIFERIMENTI NORMATIVI

Determinazione Regione Lazio n° G04563 dell'11 aprile 2025 recante Approvazione del documento "Dilemmi Etici nella Rete Locale di Cure Palliative", che trova fondamento nelle già richiamate:

- **Legge 219 del 2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".**
- **Legge 38/2010 " Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore"**

5 EVIDENZE SCIENTIFICHE A SUPPORTO

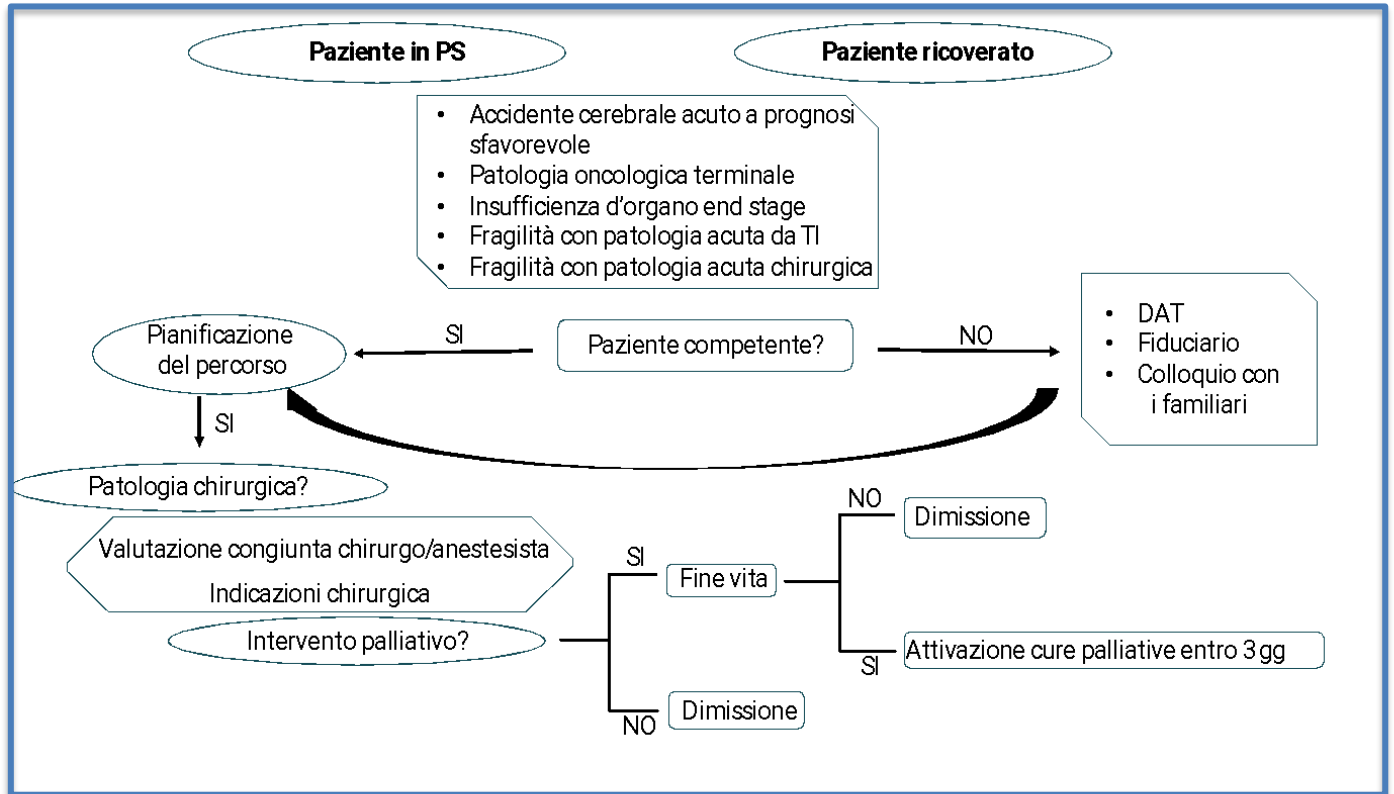
- Documento del Tavolo di Lavoro AIOM-SICP 2015
- NCCN GUIDELINES Version 2.2024 Palliative Care
- AprireNetwork : Assistenza Primaria In Rete CONFERENZA DI CONSENSO Cure palliative nel grande anziano a domicilio, nelle residenze e in hospice RACCOMANDAZIONI ---7 Gennaio 2019
- Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, Seeman T et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol. 2001. 56A(3): 146-56
- Pogam ML, Seematter-Bagnoud L, Niemi T, Assouline D, Gross N, Trächsel B, et al. Development and validation of a knowledge-based score to predict Fried's frailty phenotype across multiple settings using one-year hospital discharge data: The electronic frailty score. EClinicalMedicine. 2022 Jan 10;44:101260.
- Picca A, Calvani R, Marzetti E. Multisystem derangements in frailty and sarcopenia: a source for biomarker discovery. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2022 May 1;25(3):173-7.
- Schwarze, M. L., Bradley, C. T., & Brasel, K. J. (2010). Surgical "buy-in": the contract between surgeons and patients that can lead to postoperative overtreatment. Annals of Surgery, 251(4), 549–553.
- Mosenthal, A. C., & Murphy, P. A. (2012). Surgery in the end-of-life setting: defining the role of palliative care in surgical decision making. Annals of Surgery, 256(2), 261–265.
- Rockwood, K., Song, X., MacKnight, C., et al. (2005). A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ, 173(5), 489–495.
- Charlson, M. E., Pompei, P., Ales, K. L., & MacKenzie, C. R. (1987). A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. Journal of Chronic Diseases, 40(5), 373–383.
- Cooper, Z., Courtwright, A., Karlage, A., Gawande, A., & Block, S. (2013). Pitfalls in communication that lead to patient dissatisfaction in surgical care. JAMA Surgery, 148(4), 323–329.

- Schneiderman, L. J., Jecker, N. S., & Jonsen, A. R. (1990). Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med*, 112(12), 949–954.
- Bosslet, G. T., et al. (2015). Policy Statement on Inappropriate Treatments in ICUs. *Am J Respir Crit Care Med*, 191(11), 1318–1330.
- American College of Surgeons. (2014). Statement on futility and surgical intervention.
- Terrah J. Paul Olson, MD1, Carolyn Pinkerton, MD2, Karen J. Brasel, MD, MPH2, and Margaret L. Schwarze, MD, MPP3 (2014) Palliative Surgery for Malignant Bowel Obstruction from Carcinomatosis: A Systematic Review *JAMA Surg.* April 1; 149(4): 383–392. doi:10.1001/jamasurg.2013.4

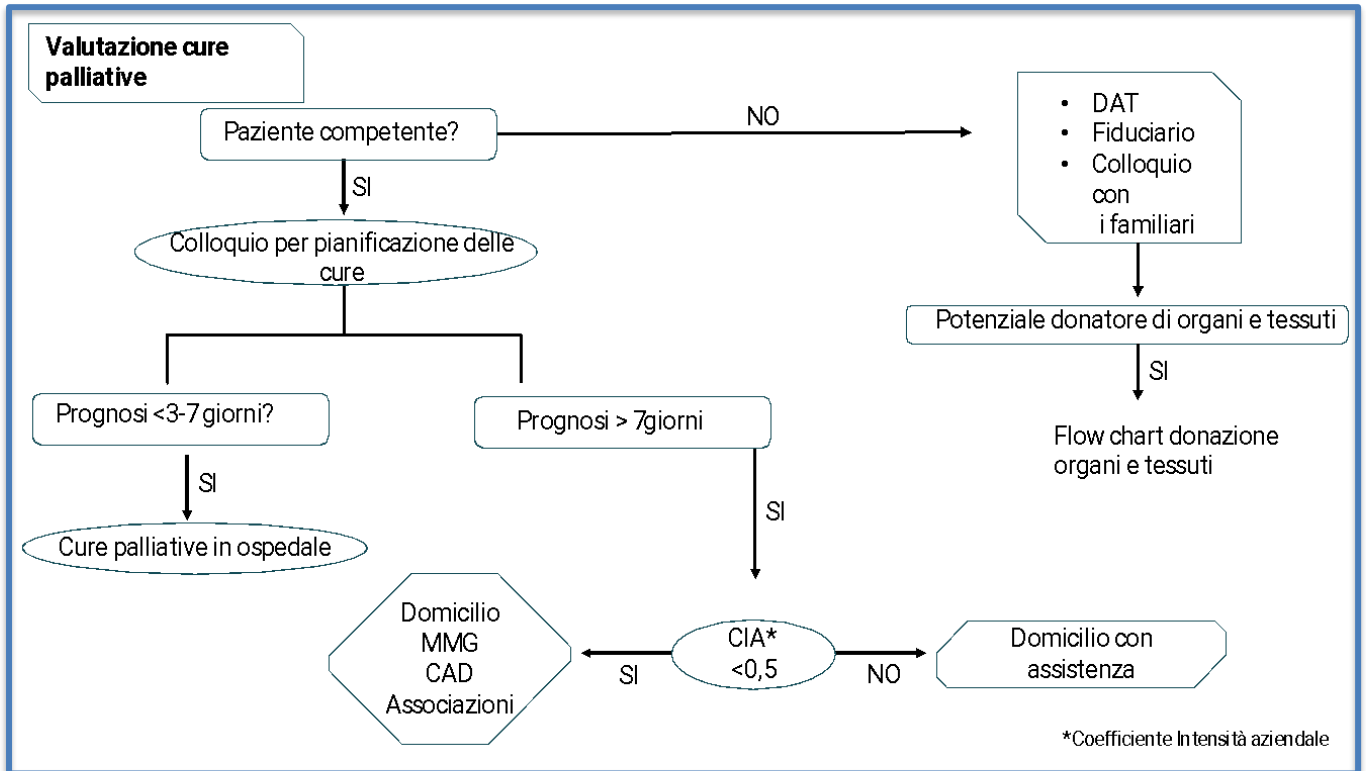
6 FASI E RAPPRESENTAZIONE DEL PDTA

1. **Inquadramento** del paziente
2. **Presa in carico** multiprofessionale e **Discussione** del caso in team multidisciplinare
3. **Pianificazione** condivisa delle cure e **Attivazione** cure palliative
4. **Comunicazione** con paziente e rete familiare
5. **Documentazione** e tracciabilità

VALUTAZIONE INIZIALE

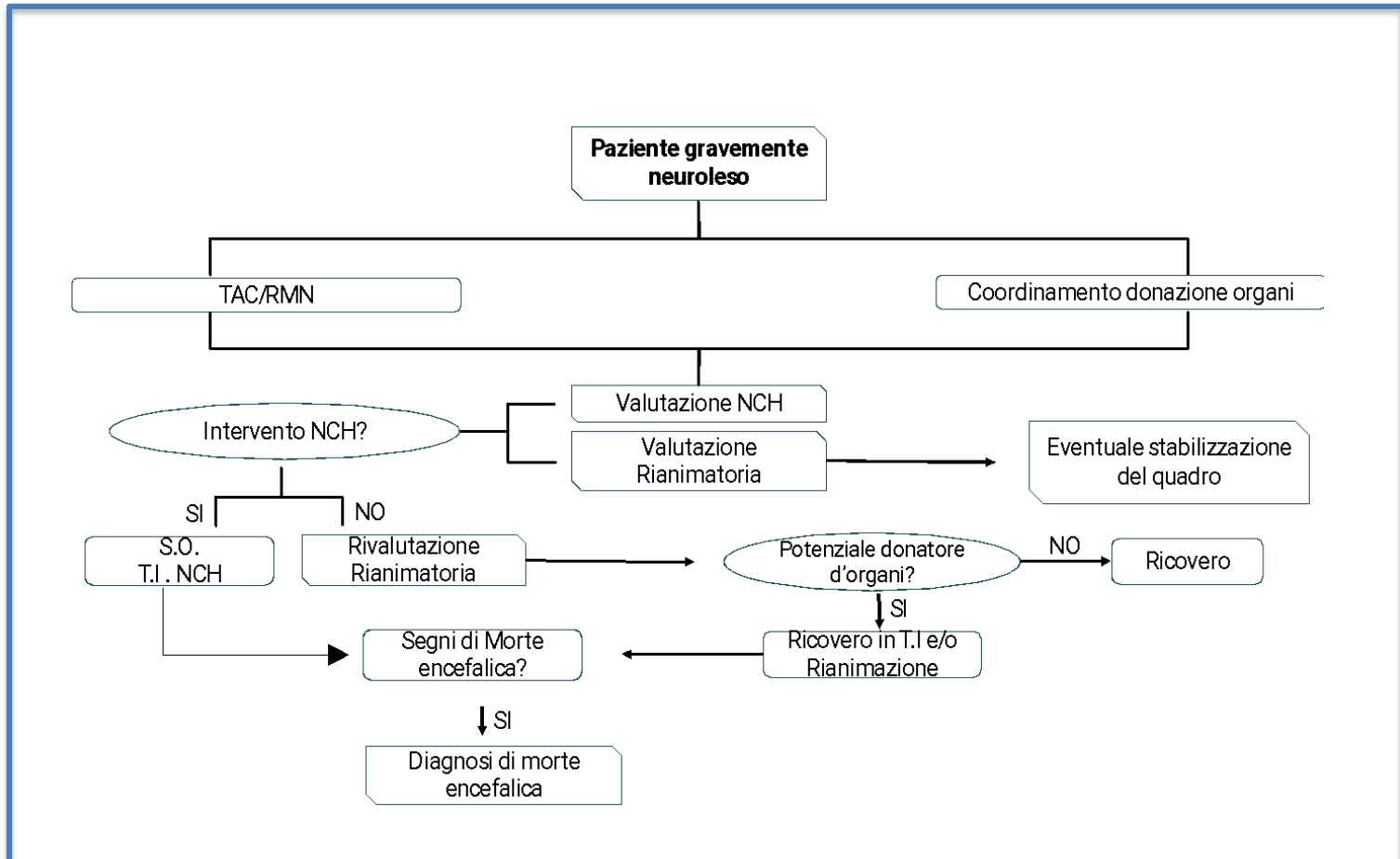


VALUTAZIONE CURE PALLIATIVE

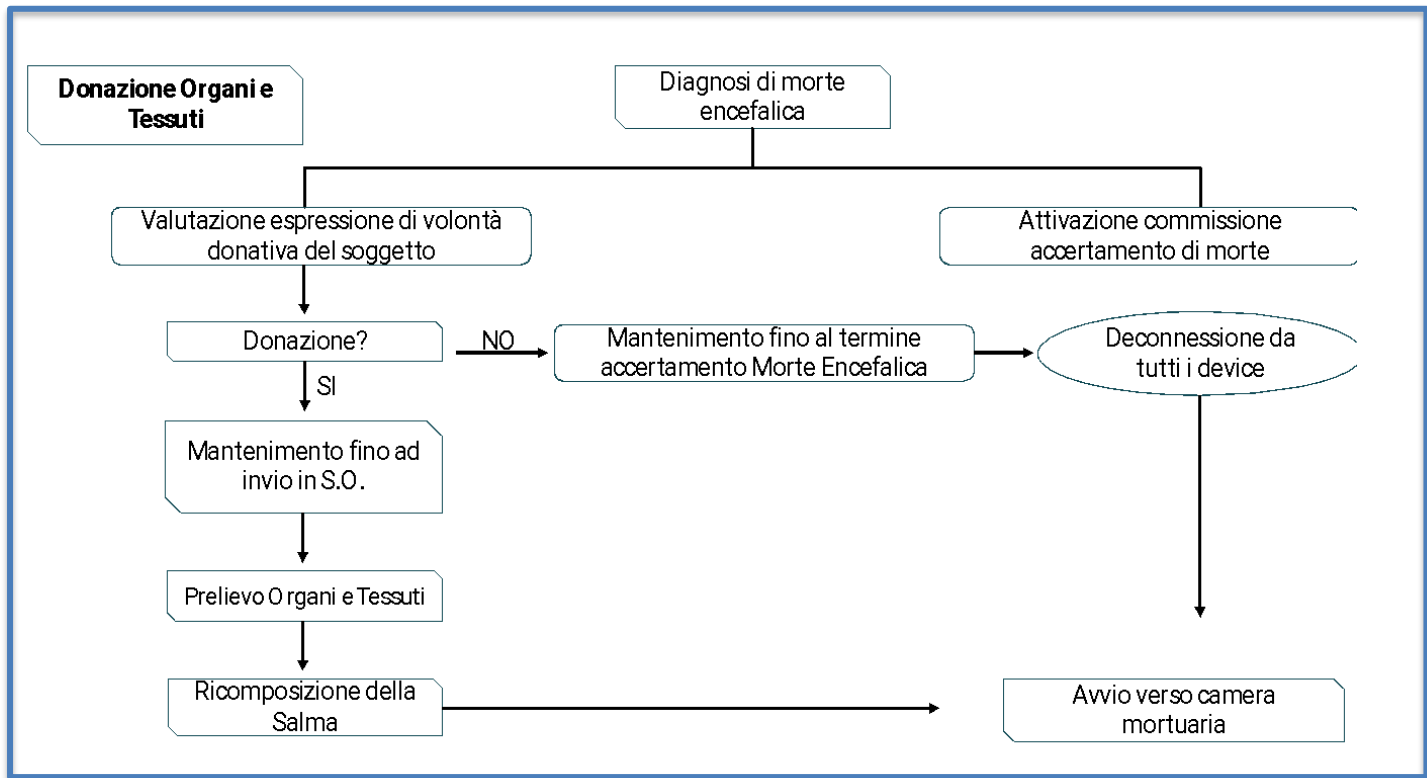


CIA: Coefficiente Intensità Assistenziale

VALUTAZIONE PAZIENTE GRAVEMENTE NEUROLESO



DONAZIONE ORGANI E TESSUTI



6.1 Inquadramento del paziente

6.1.1 INQUADRAMENTO E ISTITUZIONE DEL TEAM VALUTATIVO DI REPARTO SUL FINE VITA

L'inquadramento del paziente candidato a fine vita deve avvenire il più precocemente possibile, auspicabilmente all'ingresso del paziente in Pronto Soccorso o nel reparto di destinazione e deve essere condotto attraverso l'impiego di criteri il più possibile oggettivabili.

Si raccomanda che la valutazione finalizzata all'identificazione del paziente potenzialmente candidabile a un percorso di fine vita, sia il più possibile espressione di collegialità, condivisione e tempestività.

La **collegialità** viene realizzata attraverso il coinvolgimento nella valutazione di tutte le figure professionali a vario titolo coinvolte nel processo di presa in carico e cura del paziente morente: medici, infermieri, fisioterapisti, psicologi, assistenti sociali. Idealmente il team valutativo dovrebbe essere composto da almeno tre professionisti. Il team valutativo dovrebbe preferibilmente riunirsi di giorno e analizzare il caso clinico, per poi passare alla valutazione delle opzioni terapeutiche possibili e alla formulazione del piano personalizzato delle cure per il/la paziente.

La **condivisione** è diretta conseguenza della collegialità: più professionisti sono coinvolti nella valutazione, maggiore è la probabilità della condivisione del percorso e coerenza col piano di cure predisposto.

La **tempestività** della valutazione è fondamentale per predisporre cure adeguate a dare sollievo al paziente in condizione di fine vita.

6.1.2 STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Surprise question e **SPICT-IT TM** (vedi allegato I). sono indicati fra gli strumenti più agili ed efficaci per condurre la valutazione d'inquadramento.

La "**domanda a sorpresa**" viene utilizzata nell'ambito delle cure palliative. È una semplice domanda che il medico in fase di valutazione deve porsi e viene di seguito riportata: "**Sarei sorpreso se questo paziente morisse entro i prossimi 12 mesi?**".

Viene utilizzata come strumento per identificare i pazienti che potrebbero beneficiare dei servizi di cure palliative, stimolando la valutazione della prognosi.

Più nel dettaglio:

- a) La domanda a sorpresa aiuta a identificare i pazienti che potrebbero non essere in fase di morte attiva, ma che presentano un rischio maggiore di morte entro un anno, rendendoli potenziali candidati per le cure palliative.
- b) Ai medici viene chiesto di riflettere sulla loro conoscenza delle condizioni di un paziente e di rispondere se sarebbero sorpresi se il paziente morisse entro il prossimo anno.

c) Sebbene sia uno strumento di screening utile, non è molto accurato. Studi hanno dimostrato che la domanda a sorpresa ha solo una sensibilità e una specificità moderate nel predire il decesso, il che significa che può non individuare pazienti destinati a morire e identificare erroneamente pazienti destinati a non morire.

Ciò puntualizzato, la domanda a sorpresa è ideale come punto di partenza per ulteriori valutazioni. Dovrebbe essere combinata con altri indicatori clinici, le preferenze del paziente e l'uso di altri strumenti di valutazione, per determinare il piano di assistenza più appropriato.

La domanda a sorpresa può essere inoltre un modo rapido e semplice per avviare conversazioni sulle cure di fine vita e sui bisogni di cure palliative con i pazienti e le loro famiglie.

Ad integrazione di questa si propone quindi l'utilizzo contestuale dello SPICT-ITTM

Lo SPICT-IT™ funge da guida per i medici, siano essi di famiglia od ospedalieri, nell'identificazione dei pazienti affetti da una o più patologie in fase avanzata, a rischio di peggioramento e morte. Lo SPICT-IT™ aiuta a riconoscere la presenza di bisogni non soddisfatti, attraverso la valutazione delle cure e dell'assistenza in atto e l'analisi dei segni clinici di aggravamento.

Lo **SPICT- IT™** è costituito da **4** parti essenziali:

- Nella prima parte vengono spiegati i **tre principali obiettivi** dello strumento: identificare i pazienti a rischio di peggioramento e morte, identificare i bisogni di cure palliative e terapie di supporto non soddisfatti e pianificare il percorso di assistenza e cura.
- Nella seconda parte sono riportati i **6 indicatori generali** di deterioramento delle condizioni di salute.
- Nella terza parte sono riportati gli **indicatori specifici** per patologia
- Nella quarta parte sono riportate delle raccomandazioni utili da seguire per **rivalutare** il piano terapeutico-assistenziale in atto e per effettuare la **pianificazione** condivisa del percorso di assistenza e cura. **(Vedi allegato I)**

Per l'identificazione di una condizione di **fragilità** possono essere utilizzati, in aggiunta allo SPICT, i seguenti strumenti:

- **Clinical frailty scale Rockwood** (Vedi allegato II)
- **Karnofsky performance status** (Vedi allegato IV)
- **Criteri funzionali di Fried** (Vedi allegato V)
- **ECOG** (Vedi allegato VI)

6.1.3 VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

Nell'ambito del colloquio clinico devono essere esplorate le seguenti capacità del paziente:

- **Comprensione**
- **Valutazione**
- **Ragionamento**
- **Scelta**

Avere una struttura per conversazioni condivise sulle decisioni può essere utile. In Scozia, è in uso il **modello DECIDE**. Define, Explain, Consider, Invite, Decide, Evaluate

- Define- Definire
- Explain- Spiegare
- Consider- Considerare
- Invite- Invitare
- Decide- Decidere
- Evaluate- Valutare

Può essere utilizzato quando si ha una conversazione con una persona e la sua famiglia, per coinvolgerli pienamente nel processo decisionale su trattamento e assistenza.

È auspicabile che nel contesto della valutazione iniziale vengano utilizzati strumenti per la **valutazione psicologica** del paziente. **GAD-2 e PHQ-2** sono strumenti agili per indagare brevemente su due sintomi che possono essere presenti separatamente o insieme nel paziente in condizioni terminali: **ansia** e **depressione**. Entrambi i questionari sono composti da due semplici domande e prevedono quattro possibili risposte. Il punteggio totale di ogni questionario può variare da 0 a 6 e indica la probabilità di ansia e/o depressione con punteggi maggiori di 3 che suggeriscono una maggiore possibilità di queste condizioni. **(Vedi allegato VII Strumenti per valutazione psicologica)**

Altri aspetti fondamentali da indagare sono:

- Consapevolezza della situazione da parte del paziente: completa, parziale, negazione
- Spiritualità **(Vedi allegato VIII Spiritualità)**

La valutazione iniziale deve essere condotta utilizzando una scheda dove verranno annotate in maniera sintetica ed esauriente le risultanze del lavoro condotto dall'équipe multiprofessionale. **(Vedi allegato IX scheda di valutazione iniziale)**

6.2 Composizione del Team multidisciplinare e multiprofessionale

È auspicabile che avvenga il coinvolgimento delle diverse figure professionali coinvolte nella cura del paziente:

- **Medici e Infermieri di reparto**

- **UOSD Hospice e Cure Palliative**
- **Psicologo clinico**
- **Assistente sociale**
- **Fisioterapista**

6.3 Pianificazione condivisa dell'assistenza e attivazione Cure palliative

Occorre primariamente definire il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** personalizzato, che dovrà essere aggiornato periodicamente.

Il **Piano Assistenziale Individuale (PAI)** rappresenta lo strumento fondamentale per la programmazione, l'organizzazione e la personalizzazione dell'assistenza al paziente in fase terminale di malattia. Esso costituisce un documento dinamico e condiviso che riflette le esigenze cliniche, funzionali, psicologiche, sociali e spirituali del paziente, e guida l'attività integrata del team multiprofessionale.

Il PAI deve contenere necessariamente:

- **Dati identificativi del paziente**
- **Valutazione multidimensionale** aggiornata (clinica, funzionale, psicosociale)
- **Obiettivi assistenziali specifici**, individualizzati in termini di controllo dei sintomi, supporto psicologico, assistenza sociale, gestione delle emergenze
- **Interventi programmati**, comprensivi di:
 - **Sospensione e/o Astensione** da terapie futili o non proporzionali
 - Attività infermieristiche specifiche
 - Supporto psicologico e sociale
 - Sedazione Palliativa

6.4 Colloquio con il/la paziente e la sua rete familiare

Una volta riconosciuta la condizione di fine vita e formulato il piano terapeutico palliativo personalizzato per la specifica situazione, il paziente e la sua rete familiare, ove presente, devono ricevere **complete e chiare informazioni** su quanto deciso e deve essere offerto, se necessario e disponibile, **supporto psicologico** per affrontare questa fase.

Vanno comunque considerate e rispettate la volontà del paziente, con particolare riguardo al grado d'informazione che desidera ricevere e il principio di autodeterminazione.

Contenuti:

- Spiegazione del decorso irreversibile della malattia.

- Finalità delle cure palliative: sollievo, dignità, accompagnamento.
- Informazioni sulla gestione dei sintomi, inclusa sedazione palliativa.
- Educazione su uso di oppiacei, antipsicotici, nutrizione proporzionata.

Chi le fornisce:

- **Medico:** informazioni cliniche e prognosi.
- **Infermiere:** gestione sintomi, farmaci, mobilitazione.
- **Psicologo:** gestione emotiva, comunicazione bad news.

Strumenti:

Colloquio dedicato, coinvolgente il/la paziente insieme alla rete familiare.

È fortemente raccomandato l'utilizzo del modello SPIKES in 6 fasi per la comunicazione di cattive notizie in ambito sanitario.

Le 6 fasi del modello SPIKES

1. S - Setting up (Preparazione):

- Preparare la stanza, assicurarsi di avere privacy, controllare le informazioni e assicurarsi di non essere interrotti.

2. P - Perception (Percezione):

- Valutare cosa il paziente sa già sulla sua condizione e quali sono le sue aspettative.

3. I - Invitation (Invito):

- Chiedere al paziente quanto vuole sapere, ad esempio: "Quanto vorrebbe sapere sui risultati?".

4. K - Knowledge (Conoscenza):

- Fornire le informazioni mediche in piccole dosi, usando un linguaggio chiaro, evitando tecnicismi.

5. E - Emotions (Emozioni):

- Riconoscere, validare e rispondere alle emozioni del paziente con empatia, facendo pause e offrendo supporto.

6. S - Strategy & Summary (Strategia e Riassunto):

- Pianificare i passi successivi, verificare la comprensione del paziente e riassumere il piano terapeutico, coinvolgendolo attivamente.

Stampati informativi sulla malattia e le cure palliative:

https://www.ausl.latina.it/attachments/article/54/C_17_campagneComunicazione_11_listaFile_itemName_0_file.pdf

6.5 Documentazione e Tracciabilità

L'**identificazione** del paziente, gli **strumenti utilizzati**, l'**esito della valutazione clinica** e il **piano terapeutico** proposto, devono essere tracciati nella cartella clinica

Elementi fondamentali da riportare nella cartella clinica riguardo le decisioni di fine vita:

Pur nella consapevolezza che ogni caso clinico faccia storia a se, è fortemente raccomandato che vengano riportati i seguenti quattro punti in maniera sintetica:

A anamnesi (riassunto clinico)

B bilanciamento (rimodulazione delle cure)

C collegialità (condivisione delle decisioni)

D dialogo (colloquio con il paziente e la sua rete familiare)

Anamnesi, riassunto clinico da cui devono emergere in maniera chiara le ragioni che hanno portato i curanti alla decisione di non avviare o sospendere trattamenti intensivi o invasivi

Bilanciamento, descrizione della rimodulazione delle cure in base ai nuovi obiettivi, specificando con chiarezza quali trattamenti verranno sospesi, quali verranno continuati e quali verranno introdotti

Collegialità, puntualizzazione della condivisione della decisione all'interno del team (medici, infermieri e personale sanitario) e dell'eventuale partecipazione alla discussione di consulenti di altre specialità

Dialogo, segnalazione della condivisione della decisione con il paziente e la sua rete familiare, citando esplicitamente chi è presente al colloquio. In caso di contrasto fra le decisioni prese dai curanti e le aspettative dei familiari, deve essere specificato che comunque sono stati informati del percorso di cure stabilito.

7 DECISIONI ETICHE E LIMITI DELL'INTERVENTO CHIRURGICO NEL PERCORSO DI FINE VITA

Nel percorso di fine vita, le **decisioni chirurgiche** si inseriscono in un contesto delicato, dove il bilancio tra benefici attesi e potenziali danni si fa estremamente critico. Sempre più frequentemente, i chirurghi si trovano coinvolti in scenari complessi che coinvolgono pazienti con prognosi limitata, comorbidità multiple e un carico di sofferenza elevato. L'appropriatezza dell'intervento chirurgico non può prescindere da una riflessione etica profonda e da una valutazione multidimensionale dello stato clinico del paziente, dei suoi desideri e delle alternative non chirurgiche disponibili.

Principi Etici e Limiti dell'Intervento Chirurgico

La bioetica clinica fornisce un quadro di riferimento fondato su quattro principi fondamentali: **beneficenza, non maleficenza, autonomia e giustizia**. L'applicazione concreta di questi principi nella pratica chirurgica richiede un'attenta valutazione della proporzionalità dell'intervento. Intervenire chirurgicamente in un paziente in fase terminale può risultare in un accanimento terapeutico, soprattutto quando le possibilità di miglioramento funzionale o sintomatico sono ridotte o nulle. Il concetto di **'surgical buy-in'** (Schwarze et al., 2010) illustra la dinamica per cui il paziente, accettando un intervento chirurgico, entra implicitamente in un percorso post-operatorio che potrebbe non rispecchiare i suoi reali desideri, specialmente se le complicanze richiedono terapie intensive invasive.

Il Concetto di Futility in Chirurgia

Il termine **'futility' (futilità terapeutica)** in medicina indica un trattamento che non offre alcun beneficio clinico significativo al paziente, o che non è in grado di raggiungere gli obiettivi terapeutici condivisi (es. miglioramento della sopravvivenza, qualità della vita, sollievo dei sintomi).

Esistono differenti tipologie di "Futitlity":

-**Futilità biologica:** l'intervento non produrrà l'effetto biologico desiderato.

-**Futilità qualitativa:** l'intervento produrrà un effetto clinico, ma con una qualità di vita inaccettabile o sofferenza non proporzionata.

Valutazione Prognostica:

La valutazione prognostica e la relativa l'indicazione alla chirurgia vs astensione dalle cure chirurgiche dovrebbe essere multidisciplinare quando possibile, ma condivisa quanto meno tra chirurgo e anestesista – rianimatore, e l'informazione (non la decisione) condivisa con il paziente e i parenti.

I principali sistemi di valutazione prognostica sono:

- La **Clinical Frailty Scale (CFS)**, sviluppata da Rockwood (**ALLEGATO II**)
- Il **Charlson Comorbidity Index (CCI)** (**ALLEGATO III**)
- **Fenotipo di Fried**

Considerazioni Finali

L'approccio alla chirurgia nel paziente in fine vita deve essere prudente, riflessivo e centrato sulla persona. La valutazione clinica deve essere integrata da strumenti prognostici come CFS e CCI, e supportata da un solido quadro etico. La decisione chirurgica non può essere disgiunta da un'attenta comunicazione con il paziente e i suoi familiari. In molti casi, scegliere di non intervenire rappresenta la scelta più rispettosa, etica e clinicamente sensata.

8 RIMODULAZIONE DELLE CURE

La rimodulazione si rende necessaria quando si verifichi una delle seguenti condizioni:

- il paziente non risponde al trattamento terapeutico
- esprime chiara volontà di non sottoporsi a ulteriori terapie
- le cure pianificate siano chiaramente non proporzionali e inappropriate

8.1 SEDAZIONE PALLIATIVA (SP)

Nelle fasi avanzate e terminali di malattie, sia oncologiche che cronico-degenerative, così come nelle ultime fasi di patologie acute come traumi gravi o malattie infettive anche epidemiche, si presentano sintomi e condizioni cliniche che causano grande sofferenza al paziente, quali:

- Dispnea
- Dolore
- Delirium
- Distress psichico
- Stato di male epilettico
- Nausea, vomito

Questi sintomi vanno trattati con cure palliative.

In questo ambito trova applicazione la **Sedazione Palliativa (SP)**. Questa procedura aiuta a ridurre o eliminare la percezione della sofferenza psico-fisica, agendo sulla vigilanza e sulla coscienza del paziente. Allo stesso modo, quando si interrompono i trattamenti di sostegno vitale, possono manifestarsi sintomi quali dispnea, dolore e/o agitazione che richiedono un trattamento specifico.

La Sedazione Palliativa (SP) è una procedura terapeutica mirata a controllare sofferenze causate da sintomi refrattari che insorgono nella fase avanzata o terminale di malattia o dalla sospensione di trattamenti di sostegno vitale. **La Sedazione Palliativa per sintomi refrattari** è una procedura terapeutica mirata alla riduzione o abolizione intenzionale della vigilanza/coscienza con mezzi farmacologici, allo

scopo di ridurre o abolire, secondo la necessità, la percezione di una sofferenza intollerabile dichiarata dal malato o valutata dai curanti e provocata da uno o più sintomi refrattari in fase avanzata o terminale di malattia. La **Sedazione Palliativa per sospensione di trattamenti di sostegno vitale** è una procedura terapeutica mirata, secondo la necessità, alla riduzione o abolizione intenzionale della vigilanza/coscienza con mezzi farmacologici, allo scopo di eliminare la percezione della sofferenza provocata dalla sospensione di trattamenti di sostegno vitale.

Un sintomo è definito refrattario quando non può essere controllato, in modo adeguato e/o in un periodo di tempo accettabile e/o con un rapporto oneri-rischi/benefici sostenibile per il malato, dagli usuali e appropriati trattamenti o azioni di supporto capaci di assicurare un sollievo dalla sofferenza senza compromettere lo stato di vigilanza/coscienza.

La **SP continua** prevede la somministrazione continua di sedativi e viene generalmente attuata partendo dal minimo dosaggio efficace e modulando in modo proporzionale al livello della sedazione necessario al controllo della sofferenza. La SP continua viene attuata fino al decesso naturale della persona malata.

La **SP d'emergenza** va attuata negli "eventi catastrofici" acuti, refrattari a trattamenti e causa di morte imminente, quali emorragie massive (soprattutto se a carico delle vie digestive e respiratorie) e distress respiratorio ingravescente, stato di shock irreversibile. Questa tipologia di SP è generalmente una sedazione profonda continua fino al decesso naturale.

Per una trattazione più dettagliata dei farmaci e dei protocolli d'utilizzo in SP si rimanda al documento pubblicato dalla SIAARTI nel 2023 "Linee guida sulla sedazione palliativa nell'adulto"

8.2 NUTRIZIONE E IDRATAZIONE

Sia la nutrizione che l'idratazione si configurano come atti terapeutici che necessitano di prescrizione medica. Come tali necessitano di un'attenta valutazione al fine di determinarne l'appropriatezza e i reali benefici per il paziente che deve riceverle.

La **nutrizione artificiale (NA)** si distingue in **parenterale** ed **enterale**. La somministrazione può sostituire in maniera temporanea o definitiva la via naturale. Nell'ambito delle cure palliative è possibile riconoscere un ruolo anche alla terapia nutrizionale con la finalità di mantenere la qualità della vita residua. La decisione di sospendere la nutrizione in una condizione di fine vita dipende dall'aspettativa di vita residua. Tale valutazione, spesso, non può essere puntuale e richiede una discussione collegiale

fra le varie figure professionali coinvolte per condividere un piano terapeutico proporzionale alle condizioni del paziente.

8.3 ANTIBIOTICO TERAPIA

- L'uso di antibiotici deve essere giustificato da infezioni batteriche confermate o sospette.
- Occorre un approccio razionale per la prescrizione di antibiotici per migliorare la qualità di vita.

8.4 GESTIONE DELL'EMOTRASFUSIONE NEL FINE VITA

- L'anemia è comune nei pazienti in fase avanzata e richiede una valutazione attenta prima delle trasfusioni.
- Le trasfusioni devono essere basate su benefici clinici piuttosto che su valori di laboratorio.

9 RUOLO DELL'INFERMIERE NEL PROCESSO DI CURA DEL FINE VITA

Nel quadro dei modelli assistenziali aziendali orientati alla cronicità e alla complessità, il Dipartimento delle Professioni Sanitarie DPSS promuove una presa in carico globale, integrata e continuativa della persona, che tenga conto delle dimensioni cliniche, psicologiche, sociali e spirituali, garantendo coerenza e continuità tra i diversi setting di cura: ospedale, territorio, domicilio e hospice.

All'interno di questa cornice organizzativa, il **ruolo dell'infermiere** assume una funzione strategica, in quanto professionista garante della continuità assistenziale, della gestione clinico-assistenziale e del supporto umano al paziente e alla sua rete familiare.

L'azione del DPSS e il contributo infermieristico nel PDTA Fine Vita si fondano su tre principi fondamentali:

1. **Etica della cura:** rispetto della dignità, delle scelte, dei valori e della volontà della persona assistita.
2. **Appropriatezza clinico-assistenziale:** interventi efficaci, proporzionati e basati su evidenze scientifiche, orientati alla qualità della vita residua.
3. **Umanizzazione dei processi assistenziali:** attenzione alla dimensione relazionale, emotiva e spirituale del percorso di fine vita.

L'infermiere garantisce una **presa in carico globale e integrata** del paziente in fase di fine vita, accompagnandolo lungo tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico-assistenziale e assicurando:

- assistenza centrata sulla persona
- continuità assistenziale tra i diversi setting di cura

- supporto alla famiglia e ai caregiver
- integrazione interprofessionale
- equità nell'accesso alle cure palliative

Nel PDTA Fine Vita, l'infermiere è coinvolto attivamente nei seguenti passaggi del percorso di cura:

- **Riconoscimento precoce della fase di fine vita**, che può e deve essere effettuato da ogni componente dell'équipe di assistenza e cura, favorendo l'attivazione tempestiva delle cure palliative.
- **Valutazione multidimensionale**, attraverso la raccolta sistematica di dati clinici, psicologici, sociali e spirituali, con particolare attenzione ai sintomi e alle preferenze del paziente.
- **Pianificazione personalizzata delle cure**, mediante la co-costruzione del piano assistenziale con il paziente, la famiglia e l'équipe multidisciplinare.
- **Attuazione degli interventi assistenziali**, comprendente la gestione dei sintomi, le cure di comfort, il supporto emotivo e il coordinamento tra i professionisti e i servizi coinvolti.

L'infermiere assicura che gli interventi siano coerenti, proporzionati e rispettosi della volontà del paziente, promuovendo un approccio proattivo orientato al benessere globale della persona.

Interventi infermieristici mirati:

Bisogni fisiologici

- Gestione del dolore e degli altri sintomi mediante l'applicazione di protocolli analgesici e palliativi, il monitoraggio continuo e l'utilizzo di scale di valutazione validate.
- Cure igieniche e di comfort, prevenzione delle lesioni da pressione, posizionamento, mobilizzazione e gestione dell'incontinenza, anche attraverso il coinvolgimento di figure di supporto.
- Alimentazione e idratazione orientate al comfort e alla dignità della persona, nel rispetto delle preferenze e della volontà del paziente.

Bisogni relazionali ed emotivi

- Comunicazione chiara, graduale ed empatica, adeguata alle capacità di comprensione del paziente e della famiglia.
- Presenza attiva e ascolto continuo, favorendo la costruzione di una relazione di fiducia.

- Supporto psicologico e sociale al paziente e ai caregiver, accompagnandoli nel lutto anticipatorio e nella gestione delle emozioni.

Aspetti spirituali e culturali

- Rispetto delle credenze, dei valori e delle pratiche religiose della persona assistita.
- Facilitazione del supporto spirituale e dei riti desiderati.
- Tutela della dignità, dell'identità e della storia personale del paziente.

Infermiere in Area Critica

Nei contesti ad alta complessità assistenziale, quali terapia intensiva e rianimazione, l'infermiere garantisce una presa in carico globale e dignitosa del paziente anche in condizioni cliniche critiche, orientando l'assistenza ai seguenti principi:

- **Proporzionalità delle cure**, attraverso la valutazione dei benefici, dei rischi e della qualità della vita, evitando forme di accanimento terapeutico.
- **Gestione dei sintomi refrattari**, incluso il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua secondo quanto previsto dalla normativa vigente.
- **Family Centered Care**, mediante il coinvolgimento della famiglia, il sostegno emotivo e l'accompagnamento nel percorso di fine vita e nel lutto.
- **Comunicazione delle notizie difficili**, attraverso l'utilizzo di modelli strutturati che garantiscano chiarezza, empatia e rispetto.

In Area Critica, l'infermiere contribuisce in modo determinante al coordinamento dell'équipe multidisciplinare, alla continuità assistenziale e alla tutela della dignità della persona fino al termine della vita.

Conclusioni

Il contributo dell'infermiere nel PDTA Fine Vita, inserito nel contesto organizzativo del Dipartimento delle Professioni Sanitarie e Sociali, rappresenta un punto di sintesi tra competenza clinica, rigore etico e sensibilità. Attraverso la gestione dei sintomi, la pianificazione personalizzata delle cure, la comunicazione empatica e il sostegno alla famiglia, l'infermiere si configura come **garante del prendersi cura**, assicurando un percorso assistenziale coerente con i principi di dignità, umanizzazione e qualità della vita residua, accompagnando la persona, sempre, fino alla fine.

10 RUOLO DELLA FISIOTERAPIA

L'approccio riabilitativo nell'ambito delle Cure Palliative è appropriato in ogni ambiente di cura: ospedale, hospice, domicilio e residenze assistenziali.

Il contributo del Fisioterapista alle Cure Palliative è fondamentale per mitigare l'impatto di sintomi disabilitanti per il paziente durante la progressione della malattia. La fisioterapia, insieme a interventi farmacologici per il controllo di dolore, dispnea e altri sintomi invalidanti, può migliorare l'indipendenza del paziente nel suo quotidiano ed è vissuta positivamente come approccio di cura.

Il trattamento quindi, pur non potendo contribuire alla guarigione (to cure) del paziente, diventa prendersi cura (to care) accompagnando il malato a tollerare la frustrazione del non poter guarire, a elaborare la perdita di "ciò che era", e ad adattarsi al "ciò che è".

BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE:

Nella valutazione clinica iniziale del paziente, viene data molta rilevanza al suo stato funzionale; i pazienti con un livello maggiore di indipendenza hanno maggiore probabilità di accedere alla fisioterapia. L'utilità e l'indicazione alla riabilitazione può essere divisa in **quattro momenti** non sempre facilmente separabili tra loro:

- **preventiva**, per ridurre al massimo il rischio di potenziale disabilità
- **ristorativa**, per ottenere il maggior recupero possibile riportando alle condizioni di pre-morbilità
- **di supporto**, per ridurre al massimo possibile le complicazioni che provengono dallo stato morboso
- **palliativa**, per rimodulare gli obiettivi sulla qualità della vita inficiata dalle complicazioni e dalla condizione morbosa stessa

Nell'approccio fisioterapico palliativo occorre considerare:

- **il bisogno riabilitativo**, in relazione a quanto e come la limitazione dell'autonomia incide sulla qualità della vita del paziente,
- **le complicanze**, i malati in fase avanzata presentano importanti limitazioni della loro autonomia individuale, dovute sia ai sintomi della patologia sia agli effetti collaterali dei trattamenti. La progressiva perdita di funzionalità motoria e la dipendenza dal caregiver sono due tra le cause maggiori di preoccupazioni dei malati soprattutto in fase terminale,
- **i vantaggi**, l'intervento fisioterapico promuove il mantenimento dell'indipendenza del paziente; favorisce il recupero di specifici deficit (ad esempio, la fatigue da presenza di deficit motori o conseguente a trattamenti antitumorali) e restituisce integrità alla persona in fase avanzata di malattia attraverso pratiche di tocco.

Problematiche di interesse riabilitativo nel percorso di cura del paziente alla fine della vita:

- Dolore
- Perdita di mobilità e funzione
- Disabilità neurologica
- Disfunzione respiratoria
- Fatigue
- Problemi ortopedici e muscoloscheletrici
- Linfedema

Principi della fisioterapia in Cure Palliative:

- Valutazione funzionale
- Miglioramento delle capacità residue
- Consapevolezza della molteplicità dei sintomi
- Obiettivi adeguati e centrati sul paziente
- Approcci mirati alla risoluzione dei problemi
- Attenzione alla comunicazione
- Supporto attraverso la relazione

In ogni paziente non vi è una sola finalità rieducativa ma l'individuo viene considerato nella sua globalità. È importante supportare il malato e i familiari nella collaborazione alla cura, offrire consigli e strategie per la movimentazione e i passaggi posturali nonché indicazioni per migliorare l'assistenza attraverso un adeguato utilizzo degli ausili.

10.1 GRIGLIA DI RILEVAZIONE DEL BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE

Questa griglia di osservazione può essere utilizzata dall'equipe medico-infermieristica che ha in carico il paziente in condizione di fine vita come strumento di valutazione della necessità d'intervento fisioterapico.

La griglia è sintetica, esplora quattro macro-aree suddivise in diversi items. In presenza di quattro item positivi rilevati (SI/NO) può essere utile l'attivazione del Fisioterapista in modo da poter predisporre una valutazione fisioterapica ed un eventuale presa in carico per cure riabilitative.

GRIGLIA RILEVAZIONE BISOGNO DI FISIOTERAPIA IN CURE PALLIATIVE

DATA ____/____/____

COGNOME E NOME _____

Barrare la voce se presente

AREA SOMATO/FUNZIONALE	
DISTURBI DI EQUILIBRIO (durante il cammino, nei cambi di direzione)	
PERDITA DI MOBILITÀ E FUNZIONE (deficit di forza, difficoltà ad alzarsi da sedia, letto...)	
DOLORE (durante l'attività, nella movimentazione, a riposo)	
DISFUNZIONE RESPIRATORIA (dispnea)	
FATIGUE	
LINFEDEMA/EDEMI	
METASTASI OSSEE	
PROBLEMI ORTOPEDICI	
PROBLEMI NEUROLOGICI	
AREA IGIENE POSTURALE	
ALLETTAMENTO	
IPOMOBILITÀ	
DIFFICOLTÀ NELLA MOVIMENTAZIONE A LETTO (del paziente e per il caregiver)	
DIFFICOLTÀ NEI TRASFERIMENTI (del paziente e per il caregiver)	
DOLORE CAREGIVER (schiena, collo, spalle, polsi...)	
AREA ACCESSIBILITÀ	
SPAZI AMBIENTALI RIDOTTI (percorsi difficoltosi, ingombri...)	
ALTRE BARRIERE ARCHITETTONICHE (gradini, porte strette, ascensore sì-no e misure...)	
AREA AUSILI	
SONO NECESSARI MA NON PRESENTI	
SONO PRESENTI MA INUTILIZZATI	
È NECESSARIO UN ADDESTRAMENTO (del paziente e/o del caregiver)	

FIRMA VALUTATORE _____

11 PAZIENTE POTENZIALE DONATORE E PERCORSO DONAZIONE

L'atto della donazione ha un incommensurabile valore etico e terapeutico. Lo è particolarmente per il ricevente del trapianto, ma anche per i familiari del donatore che possono trovare conforto e consolazione nel compiere questo gesto nel momento della perdita del loro congiunto.

La possibilità di donare organi e tessuti dovrebbe essere offerta a tutti i pazienti nell'ambito del percorso di fine vita.

I report forniti evidenziano come sia crescente il tasso d'opposizione alla donazione. Ciò è da mettersi, presumibilmente, in relazione con un progressivo scadimento della considerazione nei confronti del Servizio Sanitario Nazionale

L'attività di **organ procurement e donazione** fa parte dei compiti istituzionali delle strutture sanitarie. Oltre a ciò sono parte dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)** e queste attività devono essere svolte nei reparti di Rianimazione e di Pronto Soccorso, in caso di morte cerebrale, ma anche in altri reparti in caso di morte a eziologia cardiaca, per l'eventuale donazione delle cornee.

L'identificazione del potenziale donatore è competenza dei **medici che operano in area critica**, coadiuvati dalla struttura aziendale di **Organ Procurement**.

L'attuale articolazione delle strutture ospedaliere operanti nella ASL Roma 5 prevede la centralizzazione di tutti i pazienti neurolesi al **centro HUB di riferimento**, come identificato dalla rete trauma e ictus predisposta dalla Regione Lazio.

All'ingresso del paziente neuroleso in P.S. l'equipe di sanitari che prende in carico il paziente deve attivare le procedure diagnostiche e le misure terapeutiche immediate per la definizione diagnostica e la stabilizzazione del paziente. **Considerate le risorse specialistiche disponibili attualmente nei PP.OO. della ASL Roma 5, dovrà essere attivato eventualmente la tele consulenza neurologica, neurochirurgica o di neuro radiologia interventistica.**

Nel caso di paziente non suscettibile di trattamento terapeutico presso HUB di riferimento e che presenti criteri clinici di coma profondo, il trattamento rianimatorio è volto alla **stabilizzazione dei parametri vitali con la finalità di mantenere la funzione degli organi potenzialmente prelevabili a scopo di trapianto.**

Tutti i pazienti affetti da lesione neurologica grave che comporta stato di **coma profondo (punteggio Glasgow Coma Scale 3-8)** devono essere segnalati al **Coordinamento Aziendale per il procurement**

Contestualmente devono essere avviate tutte le indagini anamnestiche, cliniche e di laboratorio volte a verificare l'idoneità del potenziale donatore.

La struttura di coordinamento locale per la donazione deve collaborare con il personale coinvolto nelle varie fasi del processo di accertamento della morte encefalica:

- Individuazione del potenziale donatore PDO di organi e/o tessuti
- Mantenimento del PDO fino al ricovero in idoneo ambiente (Rianimazione)
- Assistenza durante il processo di accertamento della morte encefalica
- Verifica espressione di volontà del paziente e comunicazione ai familiari
- Cura della relazione con la rete familiare del donatore
- Assistenza durante la procedura di prelievo chirurgico delle cornee
- Gestione di un archivio cartaceo ed informatico dell'attività svolta
- Verifica del rispetto della normativa vigente relativa all'accertamento di morte e donazione di organi e tessuti

In caso il paziente risulti non idoneo alla donazione o sia nota la sua opposizione o dei suoi familiari alla donazione e le opzioni terapeutiche siano nulle o si configurino come non proporzionate, in un'ottica di limitazione delle cure la sedazione palliativa appare come un'opzione terapeutica appropriata e doverosa d'applicare nel migliore interesse del paziente.

11.1 ACCERTAMENTO DELLA MORTE ENCEFALICA

Attualmente, non è possibile effettuare l'accertamento di morte cerebrale negli ospedali della ASL Roma 5 per la carenza di risorse umane specialistiche che possano assicurare la pronta disponibilità 24/7, segnatamente: neurologo, tecnico di neuro fisiopatologia, medico legale.

Questo PDTA verrà aggiornato quando verrà definito dalla Direzione Sanitaria Aziendale il percorso del paziente potenziale donatore da sottoporre ad accertamento di morte encefalica

È previsto, inoltre, che venga attivato il coordinamento locale presso i due ospedali della ASL sede di reparti di Rianimazione: Tivoli e Colleferro.

Il coordinamento locale deve essere costituito da un medico e, almeno, un infermiere per gestire le attività precedentemente descritte (9).

11.2 DONAZIONE DI TESSUTI (CORNEE)

In caso di decesso del paziente, il personale operante nel reparto ove è avvenuto il decesso, dovrà comunicare i dati riguardanti il paziente al coordinamento locale per la donazione di organi e tessuti. Quest'ultima struttura procederà a visionare la cartella clinica, verificare l'idoneità alla donazione e proporre ai familiari la donazione. **Il processo deve necessariamente essere concluso entro 24 ore dal decesso del paziente.**

12 SCOSTAMENTI ED ECCEZIONI

Il PDTA è redatto nel rispetto delle normative vigenti e in considerazione delle risorse disponibili a livello aziendale. Attualmente, esistono limiti derivanti dalla carenza di personale specialista, necessario all'accertamento della morte encefalica e di personale dedicato all'attività di monitoraggio dei potenziali donatori di organi e/o tessuti.

13 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

AZIONE	DIR UOC	MEDICO DI REPARTO	MEDICO ANESTESISTA	ALTRO MEDICO SPECIALISTA	PSICOLOGO	INFERMIERE	PAZIENTE/ FAMILIARI
Valutazione appropriatezza e proporzionalità delle cure	R	R	C	C	C	C	C
Valutazione multidisciplinare	R	R	C	C	C	C	I
Rimodulazione terapeutica	R	R	R	R	C	C	C
Formalizzazione in cartella del piano terapeutico	C	R	I	I	I	I	I
Verifica DAT	C	R	I	I	I	C	C
Comunicazione	I	R	C	C	C	C	C
Valutazione collegiale per patologia chirurgica	R	R	C	C	I	I	C
Inizio sedazione palliativa	C	R	C	C	C	C	C
Intervento psicologico	I	C	C	C	R	C	C
Supporto alla famiglia	C	R	I	I	C	R	C

14 VALUTAZIONE, VERIFICA E MONITORAGGIO DEL PDTA

INDICATORE	VALORE ATTESO	RESPONSABILE
Distribuzione della documentazione	100%	Direttore UOC di ciascuna Struttura coinvolta
Archiviazione della documentazione	>50%	Direttore UOC di ciascuna Struttura coinvolta
Accessibilità della documentazione nei reparti	80%	Coordinatore infermieristico di ciascuna Struttura coinvolta
Percentuale segnalazione di PDO al coordinamento aziendale per il Procurement/ pazienti deceduti per patologie cerebrali	70%	Direttori UOC coinvolte
Riunione commissione cure palliative	70%	Direttore UOC Oncologia/ Cure palliative
Copertura del bisogno di cure palliative	>65%	Direttore UOC Oncologia/ Cure palliative
Riduzione dei ricoveri ospedalieri	50%	Direttore UOC di ciascuna Struttura coinvolta

Il monitoraggio del PDTA è in capo alla UOSD Coordinamento PDTA, con le modalità condivise con la Direzione Strategica.

15 EMISSIONE, DISTRIBUZIONE E ARCHIVIAZIONE

Il documento deve essere disponibile per consultazione in formato digitale sui computer di ciascuna Struttura coinvolta, come anche in Direzione Sanitaria di presidio.

La diffusione della delibera di adozione del documento è in capo alla UOSD Coordinamento PDTA, che la trasmette alle Direzioni di Dipartimento, di Presidio, di Distretto Sanitario ed alle altre Strutture Aziendali interessate, per la conseguente capillare diffusione.

Allo stesso modo, è in capo alla UOSD Coordinamento PDTA la trasmissione della delibera di adozione del PDTA alla Direzione Regionale Salute e integrazione Socio Sanitaria.

La medesima UOSD provvede alla pubblicazione della delibera su intranet ed internet, in modo da garantirne al possibilità di consultazione agli operatori ed agli stakeholders interessati.

16 REVISIONE E AGGIORNAMENTO

Il documento andrà sottoposto a periodica revisione e aggiornamento in relazione all'evoluzione dell'organizzazione aziendale, modifiche normative e di eventuali nuove evidenze scientifiche.

ALLEGATI

I: SPICT



Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™)

Lo SPICT™ è utilizzato per aiutare a identificare pazienti le cui condizioni di salute sono in fase di peggioramento. Valutate i loro bisogni di cure palliative e di supporto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

Ricercate la presenza di indicatori generali di grave compromissione o di peggioramento delle condizioni di salute.

- Ricovero (i) ospedaliero (i) non programmato (i)
- Performance Status basso oppure in peggioramento, con limitata reversibilità (es. la persona rimane a letto o in poltrona per più di metà giornata).
- Dipendenza dall'assistenza degli altri a causa di problemi fisici e/o cognitivi in progressivo peggioramento.
- La persona che assiste il paziente necessita di maggiore aiuto e supporto.
- Progressiva perdita di peso; persistente sottopeso; massa muscolare ridotta.
- Sintomi persistenti nonostante il trattamento ottimale della/e patologia/e di base.
- La persona (o la sua famiglia) chiede di ricevere cure palliative; sceglie di ridurre, sospendere o non iniziare nuovi trattamenti; oppure desidera concentrarsi sulla qualità di vita.

Ricercate la presenza di indicatori clinici di una o più patologie a prognosi infausta.

Cancro

Deterioramento delle capacità funzionali dovuto alla progressione del cancro.

Le condizioni generali non consentono di iniziare o continuare trattamenti oncologici specifici oppure la terapia in atto è finalizzata unicamente al controllo dei sintomi.

Demenza/Fragilità

Incapacità di vestirsi, camminare o mangiare senza aiuto.

La persona mangia e beve meno; ha difficoltà nella deglutizione.

Incontinenza urinaria e fecale.

Non in grado di comunicare verbalmente; interazione sociale scarsa.

Cadute frequenti; frattura del femore.

Episodi febbrili ricorrenti o infezioni; polmonite da aspirazione.

Patologia neurologica

Progressivo deterioramento delle funzioni fisiche e/o cognitive, nonostante la terapia ottimale.

Disturbi della parola con deterioramento progressivo della comunicazione e/o della deglutizione.

Polmonite da aspirazione ricorrente; affanno o insufficienza respiratoria.

Paralisi persistente a seguito di accidente cerebrovascolare, con significativa perdita funzionale e disabilità permanente.

Patologia cardiaca/vascolare

Scompenso cardiaco o malattia coronarica estesa, non trattabile, con affanno o dolore toracico a riposo o per sforzi lievi.

Malattia vascolare periferica severa ed inoperabile.

Patologia respiratoria

Patologia polmonare cronica severa con affanno a riposo o per sforzi lievi tra gli episodi di riacutizzazione.

Ipossia persistente, con necessità di ossigenoterapia a lungo termine.

Pregressa ventilazione meccanica (invasiva o non) per insufficienza respiratoria, oppure ventilazione controindicata.

Altre patologie

Peggioramento e rischio di morte a causa di altre patologie o complicanze irreversibili; qualsiasi trattamento avrà scarso beneficio.

Patologia renale

Insufficienza renale cronica stadio 4 o 5 (eGFR <30ml/min) con deterioramento delle condizioni cliniche.

Insufficienza renale che complica altre patologie a prognosi infausta oppure complica la somministrazione di altri trattamenti.

La dialisi viene sospesa oppure non viene iniziata.

Patologia epatica

Cirrosi con una o più delle seguenti complicanze nell'ultimo anno:

- ascite resistente ai diuretici
- encefalopatia epatica
- sindrome epatorenale
- peritonite batterica
- sanguinamento ricorrente da varici.

Il trapianto di fegato non è possibile.

Rivalutate l'assistenza e le cure in atto. Pianificate il percorso di assistenza e cura.

- Rivalutate i trattamenti in atto (farmacologici e non) affinché il paziente riceva cure ottimali; minimizzate la polifarmacoterapia.
- Considerate la possibilità di richiedere una valutazione specialistica se i sintomi o gli altri problemi sono complessi e difficili da gestire.
- Condividete con il paziente e la sua famiglia il percorso di assistenza e cura, attuale e futuro. Supportate i familiari che assistono il paziente.
- Pianificate precocemente il percorso di assistenza e cura, se prevedete la perdita della capacità decisionale.
- Registrare in cartella clinica, comunicate e coordinate il percorso di assistenza e cura.

II: ROCKWOOD FRAILTY SCALE

	1 – MOLTO IN FORMA Persona forte, attiva, energica e motivata. Pratica regolare esercizio fisico e appartiene alla categoria di persone più in forma tra la propria fascia d'età.		6 – MODERATAMENTE FRAGILE Queste persone hanno bisogno di assistenza in tutte le attività esterne alla casa e nella gestione delle finanze. Spesso hanno difficoltà a salire le scale, hanno bisogno di aiuto per lavarsi e possono avere bisogno di aiuto per vestirsi.
	2 – IN FORMA Persone che non hanno sintomi della malattia attivi, ma che sono meno in forma rispetto alle persone della categoria 1. Praticano spesso sport o sono a volte molto attive, a seconda della stagione.		7 – MOLTO FRAGILE Completamente dipendenti per la cura personale, per qualunque tipo di causa (fisica o cognitiva). Tuttavia, sembrano stabili e non ad alto rischio di morte (entro ~ 6 mesi).
	3 – SE LA CAVA BENE Persone, i cui problemi medici sono ben monitorati, ma non sono però regolarmente attive al di fuori della normale deambulazione quotidiana esterna.		8 – FRAGILITA' MOLTO GRAVE Queste persone si avvicinano al decesso e sono completamente dipendenti dagli altri. Se si ammalassero di qualsiasi malattia, molto probabilmente non riuscirebbero a riprendersi.
	4 – SE LA CAVA ABBASTANZA BENE Anche se non dipendenti dall'aiuto degli altri nella vita quotidiana, queste persone sono spesso limitate nelle loro attività a causa di sintomi di malattia. Spesso lamentano di sentirsi "rallentati" e / o stanchi durante il giorno.		9 - MALATO TERMINALE Queste persone hanno un'aspettativa di vita <6 mesi e si avvicinano alla fine della vita, anche se la loro condizione non è così marcatamente visibile.
	5 – LEGGERMENTE FRAGILE Persone spesso evidentemente rallentate nei movimenti e nelle attività più impegnative della vita quotidiana (ad es. gestione delle finanze, locomozione, lavori domestici pesanti, gestione dei farmaci) e hanno bisogno di aiuto. Sono in genere sempre più limitate nello shopping, nella deambulazione autonoma, nella preparazione dei pasti e nei lavori domestici.		

III: CHARLSON COMORBIDITY INDEX

CONDIZIONI	PUNTEGGIO
INFARTO MIOCARDIO	1
INSUFFICIENZA CARDIACA CONGESTIZIA	1
MALATTIA VASCOLARE PERIFERICA	1
DEMENTIA	1
MALATTIA CEREBRO VASCOLARE	1
MALATTIA POLMONARE CRONICA	1
MALATTIA DEL CONNETTIVO	1
ULCERA	1
DIABETE	1
EPATOPATIA LIEVE	1
EMIPLEGIA	2
MALATTIA RENALE MODERATA O GRAVE	2
DIABETE CON DANNO D'ORGANO	2
TUMORE	2
LEUCEMIA	2
LINFOMA	2
EPATOPATIA MODERATA O GRAVE	3
METASTASI	6
SINDROME DELL'IMMUNODEFICIENZA ACQUISITA	6

NB PER OGNI DECADE > 40 ANNI SI AGGIUNGE UN PUNTO ALL'INDICE

100%	È POSSIBILE PER IL PAZIENTE SVOLGERE LA NORMALE ATTIVITÀ, ASSIEME A QUELLA LAVORATIVA, SENZA PARTICOLARI CURE
90%	È POSSIBILE PER IL PAZIENTE SVOLGERE LA NORMALE ATTIVITÀ, SINTOMI LIEVI
80%	SONO POSSIBILI NORMALI ATTIVITÀ, CON DIFFICOLTÀ E SINTOMI EVIDENTI
70%	NON CAPACE DI EFFETTUARE NORMALI ATTIVITÀ/LAVORO ATTIVO. POSSIBILITÀ DI ACCUDIMENTO
60%	NECESSARIO SUPPORTO PARZIALE; STIMATO INDIPENDENTE PER I BISOGNI PERSONALI
50%	NECESSARIO SUPPORTO PIÙ IMPEGNATO, RICHIESTE MAGGIORI CURE MEDICHE
40%	DISABILE: È NECESSARIO UN SUPPORTO QUALIFICATO
30%	GRAVE DISABILITÀ: NECESSARIO RICOVERO, RISCHIO MINORE DI MORTE
20%	MALATTIA MOLTO SEVERA, POTREBBERO ESSERE NECESSARIE MISURE ULTERIORI DI SUPPORTO ALLA VITA
10%	PAZIENTE MORIBONDO, LA MALATTIA È IN FASE DI PROGRESSIONE RAPIDA, FATALE
0%	MORTE

IV INDICE DI KARNOFSKY

V: CRITERI FUNZIONALI DI FRIED

PERDITA INVOLONTARIA DI PESO	ALMENO 4.5 KG NELL'ULTIMO ANNO
AFFATICAMENTO, ESAURIBILITÀ	IN ALMENO 3/7 GIORNI
DEBOLEZZA MUSCOLARE (HAND GRIP)	♂ <5.85KG ♀ <3.37KG
RALLENTAMENTO VELOCITÀ DEL CAMMINO	PIÙ DI 5 SEC PER PERCORRERE 4.5 M
BASSO LIVELLO ATTIVITA' FISICA	MEDIANTE SCALA PASE

VI: ECOG PERFORMANCE STATUS

- **ECOG 0:** Completamente attivo, nessuna limitazione, in grado di svolgere tutte le attività quotidiane.
- **ECOG 1:** Sintomatico ma pienamente in grado di svolgere lavori leggeri o sedentari, e completamente ambulatoriale.
- **ECOG 2:** Sintomatico, almeno il 50% delle ore di veglia trascorse a letto, capace di svolgere attività leggere ma non lavorative.
- **ECOG 3:** Sintomatico, più del 50% delle ore di veglia trascorse a letto, incapace di svolgere qualsiasi attività, ma in grado di prendersi cura di sé.
- **ECOG 4:** Completamente disabile e non in grado di svolgere alcun tipo di cura personale, interamente confinato a letto o sedia.
- **ECOG 5:** Decesso.

VII: STRUMENTI PER VALUTAZIONE PSICOLOGICA

1. GAD-2 Generalized Anxiety Disorder 2 items (Ansia)

Negli ultimi 14 giorni:

- Ti sei sentito nervoso, ansioso o agitato?
- Hai avuto difficoltà a controllare la preoccupazione?

Scala:

0 = Mai -1 = Qualche giorno -2 = Più della metà dei giorni -3 = Quasi ogni giorno

Punteggio $\geq 3 \rightarrow$ suggerisce ansia clinicamente rilevante.

2. PHQ-2 Patient Health Questionnaire 2 items (Depressione)

Negli ultimi 14 giorni:

- Quanto spesso ti sei sentito giù, depresso o senza speranza?
- Quanto spesso hai avuto poco interesse o piacere nel fare le cose?

Scala:

0 = Mai -1 = Qualche giorno -2 = Più della metà dei giorni -3 = Quasi ogni giorno

Punteggio $\geq 3 \rightarrow$ suggerisce depressione rilevante.

VIII: SPIRITUALITÀ

- In questo momento, quali sono le sue principali fonti di forza o conforto?
- Ha convinzioni spirituali o religiose che la aiutano ad affrontare la malattia?
- Vuole che qualcuno la supporti anche in questi aspetti?

☐ No ☐ Sì

$\rightarrow$ Attivabile accompagnamento religioso/spirituale se richiesto.

IX: SCHEDA DI VALUTAZIONE INIZIALE

Paziente in Fase Terminale

1 Diagnosi principale e comorbidità rilevanti

☐

2 Performance Status:

☐ ECOG: 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Karnofsky: _____ %

3 Sintomi prevalenti

☐ Dolore ☐ Dispnea ☐ Agitazione ☐ Nausea/Vomito
☐ Insonnia ☐ Ansia ☐ Confusione/Cambiamenti cognitivi

4 Consapevolezza del paziente

☐ Piena ☐ Parziale ☐ Negazione ☐ Non valutabile

5 Presenza di DAT / testamento biologico

☐ Sì ☐ No ☐ In elaborazione

6. Presenza di caregiver/familiari di supporto

☐ Sì ☐ No ☐ Limitato

7. Luogo preferito per l'assistenza e il fine vita

☐ Casa ☐ Hospice ☐ RSA ☐ Ospedale

8. Bisogni sociali / vulnerabilità emergenti

☐ Economici ☐ Abitativi ☐ Isolamento ☐ Dipendenze ☐ Altro: _____

9. Osservazioni mediche / psicologiche / sociali

.....

Operatori coinvolti: ☐ Medico ☐ Infermiere ☐ Psicologo ☐ Assistente Sociale

X: LINEE GUIDA SICP SIAARTI SULLA SEDAZIONE PALLIATIVA NELL'ADULTO 2023

Di seguito viene riportato il link per scaricare/ consultare le LG

https://www.google.it/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.sicp.it/informazione/news/2023/05/linee-guida-sicp-siaarti-sulla-sedazione-palliativa-nelladulto/&ved=2ahUKEwjInt6zq_mPAxUBhv0HHan7NqYQFnoECAsQAQ&usg=AOvVaw38kVTfb04LQW3bePuRHzo2

Fadoi FINE VITA

[sedazione fine vita 2021 ok.indd](#)

[DAT fine vita 2021 ok.indd](#)

[pianificazione fine vita 2021.indd](#)

GRUPPO DI LAVORO, delibera n. 1170 del 1 luglio 2025

Dr Luca Severi	Direttore UOC Anestesia e Rianimazione PO Tivoli
Dr.ssa Brunella Iannone	Responsabile UOSD PDTA
Dr. Roberto Corsi	Direttore UOC Qualità e Rischio Clinico
Dr. Agapito Tarasi	Direttore UOC Medicina Interna Tivoli
Dr.ssa Gabriella Guerriero	Direttore UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Collefero
Dr.ssa Rosa Saltarelli	Direttore ff UOC Oncologia Medica Tivoli
Dr Gianluca Liotta	Direttore UOC Chirurgia Generale Palestrina
Dr.ssa Natalia Rajentroph	UOC Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso Tivoli
Dr.ssa Uliana Bianchi	Coord. Az. Donazione Organi e Tessuti
Dr Raffaele Rullo	UOC Anestesia e Rianimazione Tivoli
Dr. Vincenzo Gianturco	UOSD Medicina Palestrina
Dr. Giancarlo Corbelli	Responsabile Cure Palliative
Dr Mario Ranuzzi	Medicina Interna Monterotondo
Dr. Daniele Tomasello	Medicina Legale
Dr.ssa Elena Zorzi	Psicologia - SPDC Tivoli
Dr Pasquale Antonio Venditti	Terapia del Dolore
Dr.ssa Maria Teresa Palmisani	Direttore ff UOC Neurologia Tivoli
Inf. Dr Marco Carboni	Dipartimento Professioni Sanitarie
Inf. Dr.ssa Valentina Masino	Rianimazione PO di Tivoli
Inf. Dr.ssa Maria Francesca Cortellessa	Dipartimento Professioni Sanitarie
Inf. Dr.ssa Lorella Federici	F.O. Aziendale PDTA
Inf. Dr.ssa Emanuela Gori	Fisioterapista
Dr.ssa Giovanna Rizzitiello	Rappresentante Associazioni pazienti