

**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
**EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**

ABSTRACT BOOK



**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
**EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**

COMUNICAZIONI ORALI

COMUNICAZIONI ORALI • I SESSIONE

Il ruolo delle cure palliative nel percorso di donazione a cuore fermo
Mengoli Francesca (Bologna)

Monitoraggio dei bisogni multidimensionali nei pazienti oncologici: uno studio osservazionale mixed-method sull'impiego dell'IPOS in assistenza domiciliare
Ostan Rita (Bologna)

Identità di genere e cure palliative pediatriche: gestione clinica integrata in un'adolescente con malattia oncologica avanzata
Guida Gabriella (Milano)
Studio osservazionale prospettico sulle caratteristiche cliniche e sintomatologiche in pazienti oncologici e non oncologici ricoverati in un hospice ad indirizzo infettivologico
Carta Tania (Milano)

Assistenza alla terminalità di pazienti con condizione cronica complessa seguiti da una équipe di cure palliative pediatriche
Paone Giuseppina (Bologna)

Scopolamina transdermica nella gestione della sciagorrea nei pazienti affetti da SLA: confronto tra cerotto e formulazione galenica in gel PLO
Gulmini Loretta (Ferrara)

Analisi retrospettiva e comparativa sul trattamento attivo onco-ematologico in pazienti ricoverati presso un reparto ospedaliero di cure palliative
Bonilauri Sofia Charis (Modena)

Cannabiterapeutica nella Malattia di Parkinson e nei parkinsonismi: ambulatorio dedicato per la gestione dei sintomi refrattari
Fioravanti Valentina (Reggio Emilia)

Cure Palliative Precocie Simultanee: individuare e valutare i bisogni in un day hospital Oncologico
Borghini Giulia (Peschiera del Garda, Verona (VR))

La pianificazione delle cure nel paziente con malattia renale cronica in fase avanzata: il ruolo dell'infermiere
Provasoli Chiara (Milano)

COMUNICAZIONI ORALI • I SESSIONE

Moderatori: Rita D'Urso (Fossombrone, PU), Evelina Pedaci (Lecce)

Bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici malnutriti: studio osservazionale
Restoration
Guido Erica (Genova)

Caratteristiche e bisogni clinici nei pazienti oncologici e non oncologici assistiti da cure palliative intraospedaliere: analisi retrospettiva 2022-2024
Marelli Daniele (Brescia)

Cure di fine vita nei pazienti con SLA: il ruolo delle Pianificazioni Anticipate di trattamento e delle Cure Palliative
Palumbo Francesca (Torino)

Morire Lontano Da Casa: L'accesso Alle Cure Palliative Dei Migranti
Calciato Maja (Milano)



SICP11.0
EYOWZONE
DELLERETI
PERIL
FINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANTARIO
NAZIONALE

NDICE

20
15
10
5
0
-5
-10
-15
-20
-25
-30
-35
-40
-45
-50
-55
-60
-65
-70
-75
-80
-85
-90
-95
-100

SIP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Metadone oppiaceo di prima scelta nel trattamento del dolore oncologico severo in Cure Palliative domiciliari: protocollo per studio prospettico interventistico

Emina Enrico (Moncalieri)

L'impatto della Legge 219-2017 sulla Pianificazione condivisa delle Cure nei pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica: una prospettiva clinica

Calvo Andrea (Torino)

COMUNICAZIONI ORALI • IV SESSIONE

Moderatori: Saverio Glisci (Potenza), Furio Massimino Zucco (Milano)

Tra desiderio di morte e riscoperta del senso: l'intervento di un'equipe di cure palliative domiciliari sul distress esistenziale

Caimi Annarita (Garbagnate Milanese)

Riconoscimento della fragilità e dei bisogni di cure palliative negli over 75 che accedono al Pronto Soccorso con codice arancione

Mezja Flavia (Vimercate)

Risultati di una survey sulla sedazione palliativa rivolta ai medici palliativisti domiciliari

Lucarini Carlo (Pavia)

Cure palliative in pronto soccorso: sedazione palliativa e profilo clinico dei pazienti deceduti. Uno studio pilota osservazionale-descrittivo (Studio PaCarED)

Bottero Luca (Torino)

Strumenti diagnostici per il disturbo da uso di oppioidi nei pazienti con dolore da cancro: una revisione sistematica

Massa Giacomo (Milano)

Le Lesioni da Pressione nelle cure palliative: prevalenza e fattori di rischio in una coorte di pazienti ricoverati in setting residenziale

Carta Tania (Milano)

Terapia di supporto a quattro zampe: lo studio ISACCO (Interventi di Supporto Assistiti col Cavallo in un Centro Oncologico)

Rossi Romina (Bologna)

COMUNICAZIONI ORALI • V SESSIONE

Moderatori: Roberto Garafolo (Palermo), Evelina Pedaci (Lecce)

Cannabis terapeutica: pratiche, ostacoli e percezioni dei medici. Risultati di una survey territoriale

Alfieri Pierluigi (Reggio Emilia)

Tra rifiuto e consenso: l'interdisciplinarietà come strumento di cura nella complessità del fine vita psichico

Poncato Marta (Lecco)

La notte che resta: riconoscere e trattare i disturbi del sonno in hospice

Chiumiento Chiara (Chieri)

Inclusivo&Palliativo

Soloni Chiara (Locarno)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

INDICE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Il Delirium in Cure Palliative: l'esperienza di un centro italiano

Frisone Antonia (Roma)

La Dignità nella Cura” Il significato della Riabilitazione Logopedica nelle Cure Palliative: riflessioni teorico-cliniche a partire da un caso reale

Orobello Simona (Palermo)

Qualità dell'assistenza in cure palliative: la voce della famiglia

Dsoke Silvia (Roma)

COMUNICAZIONI ORALI • VI SESSIONE

Moderatori: Alessandra Bertola (Torino), Giampietro Luisetto (Sedico, BL)

Esperienza sull'utilizzo del Go Wish Game per costruire insieme un percorso di cura

Potenza Ilenia (Ponderano)

Namaste Care e stimolazione multisensoriale nel disturbo neuro cognitivo maggiore di grado severo: esperienza in un reparto ospedaliero di Cure Palliative

Feltri Laura (Modena)

Una coccola terapeutica: musicoterapia e riflessologia plantare in Hospice

Romaniello Incoronata (PO di Borgomanero)

Utilizzo dell'ecografia bedside nelle valutazioni domiciliari. Implementazione in Cure Palliative Pediatriche

Bolognani Marco (Trento)

Il Ruolo Delle Cure Palliative Nei Pazienti Con La Malattia Di Creutzfeldt-Jacob

Ronchi Letizia (Bologna)

COMUNICAZIONI ORALI • VII SESSIONE

Moderatori: Rita D'Urso (Fossombrone, PU), Monica Mazzocchetti (Larino, CB)

Pianificazione condivisa delle cure in cartella clinica: un'area dedicata

Guidetti Alessandro (Abbiategrosso)

Case Report: l'esperienza di massaggio e musicoterapia in hospice su un paziente affetto da SLA in fase terminale

Panzeri Daniela (Forlì)

Modello di cura geropalliativo: uno sguardo ai centenari

Sutera Loredana (Palermo)

Cure palliative precoci nella Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA): imperativo clinico o semplice possibilità?

Nicoli Arianna (San Cesario di Lecce)

Un'ora di musica

Raucci Letizia (Potenza)

Disfagia e SLA: una gestione multidisciplinare della disfagia per prevenire le complicanze e preservare la qualità della vita

Orobello Simona (Palermo)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

INDICE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Applicazione dello Shiatsu nelle Cure Palliative Domiciliari: un Progetto Pilota

Gentile Jessica (Mirandola)

Utilizzo di un materasso antidecubito ibrido in hospice: valutazione dell'efficacia nel mantenere l'integrità cutanea e del confort percepito dal malato

De Faveri Monica (Treviso)

COMUNICAZIONI ORALI • VIII SESSIONE

Moderatori: Luigi Montanari (Ravenna), Simon Spazzapan (Aviano, PN)

L'importanza delle cure palliative nella malattia di Creutzfeldt Jacob

Dubla Alessandro (Isola Del Liri)

Bike working

Badini Federica (Lodi)

Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) con i pazienti neurologici: esperienze cliniche in hospice come nodo di una rete domiciliare "dedicata"

Balletto Nadia (Genova)

La Disidratazione Come Approccio Palliativo Al Malato Terminale

Mannino Francesca (Palermo)

La colazione di Palma

Cremonesi Francesca (Lodi)

Studio di valutazione degli effetti dell'utilizzo del taping elastico sul dolore non oncologico e sull'edema linfo-venoso in cure palliative

Barbieri Marco (Bologna)

Il percorso di un giovane paziente oncologico, con evoluzione rapida tra diagnosi e fine vita: la complessità nel lavoro tra equipe

Gandini Chiara (Pavia)

COMUNICAZIONI ORALI • IX SESSIONE

Moderatori: Gino Gobber (Trento), Anna Tiziano (Reggio Calabria)

Perché attivare il fisioterapista in un servizio di cure palliative per adulti: condivisione di un'esperienza

Madini Lorenzo (Milano)

Gli Ambulatori di Terapia del Dolore e Cure Palliative nei Distretti della ASL Latina

D'Addario Mariaelisabetta (Latina)

Gestione di lesione sacrale complessa in paziente con demenza, pregresso ictus, scompenso cardiaco in setting domiciliare

Onofri Claudia (Roma)

La trasfusione in cure palliative: survey per la scoperta del panorama italiano

Nicoli Arianna (San Cesario di Lecce)

Studio osservazionale prospettico descrittivo trasversale delle prestazioni fisioterapiche erogate presso l'Hospice

Franchini Federica (Modena)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

INDICE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Licameli Irene Paola (Giussano)

Demenze: Approccio metodologico alla gestione di agitazione e turbe del comportamento

Bellavia Giuseppe (Palermo)

Applicazione della comunicazione aumentativa alternativa (caa) nei pazienti con sclerosi laterale amiotrofica: uno strumento per preservare la comunicazione e la qualità della vita

Levantino Gemma(Palermo)

COMUNICAZIONI ORALI • X SESSIONE

Moderatori: Giacomo Ercolani (Perugia), Sabina Pientini (Prato)

Vite Al Limite. L'approccio Palliativo Al Fine Vita Nella Fibrosi Cistica: Lo Sguardo Aperto Su Tre Case Report

Moroni G Roberto E. (Milano)

La Televisita in cure palliative domiciliari, un nuovo strumento di assistenza nella rete di CP

Fiocco Mariano Clarino)

Donazione dei farmaci: quando lo spreco si trasforma in solidarietà

Ambrosi Simona (Milano)

Sicurezza e fattibilità della sostituzione domiciliare di tracheostomie e gastrostomie: un'esperienza di cinque anni da un centro di cure palliative

Burlo Francesca(Trieste)

Cure palliative domiciliari: le differenze riscontrate nei territori di Milano, Monza-Brianza e Insubria

Tagliabue Jacopo (Milano)

La sfida del territorio: il team multiprofessionale per una nuova rete di cure palliative pediatriche

Cimadamore Nicoletta (Biella)

Costruzione condivisa di un PDTA per la presa in carico in Cure Palliative Pediatriche: un'esperienza di collaborazione

Catalano Igor (Milano)

Telemedicina come strumento di consulenza in RSA: un progetto pilota

Pedone Viviana (Milano)

Modello di Rete Provinciale di Cure Palliative Pediatriche: innovazione nella governance e continuità tra professionisti e setting assistenziali

lavarone Sofia (Carpi)



SICP11.0

EYOWZONE

LE FORNITURE DELLE RETI

PERL

RINNOVAMENTO

INNOVARE DEL SISTEMA

SANTARIO

CONFERENZA NAZIONALE

NEGATIVE

NDICE

22
A
O

N
O
N
O
3
CS
fD
N
N
U

la.
,
,
a.
H
O
a.
ii'
(n
n
n

S
X
CII
CII
a.
H
O
a.
ii'
(n
n
n



IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE NEL PERCORSO DI DONAZIONE A CUORE FERMO

Francoesca Mengoli¹, Letizia Ronchi², Anna Maria Rita Cuomo², Eleonora Zocco², Floriana Taggi², Marika Damasco², Cinzia Pagnoni², Chiara Peterle², Elisa Righini³, Enrico Ferri⁴, Chiara Brina⁵, Sibilla Dell'Oretta⁵, Federica Arrighini⁵, Carlo Coniglio⁴, Danila Valentini²

¹ Programma Bioetica Clinica Dipartimento Integrazione Azienda USL Bologna, Bologna, Italia, Rete delle Cure Palliative Azienda USL di Bologna, Bologna, Italia, ³ U.O.C. Psicologia Ospedaliera Azienda USL Bologna, Bologna, Italia, ⁴ U.O.C. Rianimazione e Emergenza Territoriale 118 Bologna Dipartimento Emergenza AUSL BO Ospedale Maggiore Bologna, Bologna, Italia, ⁵ Coordinamento Ospedaliero Procurement Ospedale Maggiore Azienda USL Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Le Cure di Fine in ambienti iperspecialistici come le unità di terapia intensiva (UTI) richiedono di prendere decisioni relative al “non iniziare un trattamento” o a “sospendere un trattamento attivo”, oltre a proporre la “donazione a cuore fermo controllata (cDCD)”, in presenza di requisiti normati. La presenza di un team di Cure Palliative (CP) nelle UTI può svolgere un ruolo molto importante nel ridurre gli oneri fisici e psicologici dei pazienti e delle loro famiglie, oltre a migliorare le cure di fine vita.

METODO: Nel nostro Istituto il team di CP affianca gli operatori dell'UTI dando vita a un gruppo di lavoro eterogeneo costituito da anestesisti rianimatori, infermieri specializzati in terapia intensiva, medici e infermieri di cure palliative, psicologi dedicati. La collaborazione si svolge attraverso consulenze erogate dal team di CP che entra a far parte del percorso di cura e pianificazione condivisa dei trattamenti della persona malata, quando possibile, insieme alla sua rete di prossimità.

Le volontà della persona malata vengono confermate dalla acquisizione di quanto espresso nella stesura delle Direttive anticipate di trattamento (DAT) o dalla Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) o, in mancanza di queste, attraverso la ricostruzione delle volontà tramite la testimonianza dei fiduciari/familiari. Il percorso di CP prevede esecuzione di colloqui preparatori con i familiari volti ad accogliere le loro richieste di chiarimenti sulle procedure sospese o iniziate, le assicurazioni sulla assenza di sofferenza del paziente e contatti telefonici dopo il decesso.

RISULTATI: Dal 1° gennaio 2020 al 1° aprile 2025 dal Reparto di Rianimazione sono pervenute 121 richieste di Consulenza di CP. Di queste 24 sono state richieste per condividere il percorso terapeutico di pazienti candidati a cDCD (categoria III di Maastricht). I palliativisti coinvolti in questi percorsi hanno contribuito alla gestione della fase di limitazione delle cure e desistenza terapeutica, preso in carico i familiari in previsione dell'evento morte del loro caro e supportato la famiglia nell'elaborazione del lutto. Delle 24 consulenze 19 erano state richieste per pazienti uomini (79%) e 5 (21%) donne; l'età media era di 71.3 anni (range 32-84); le diagnosi erano: in 6 pazienti (25%) emorragia cerebrale, in 7 pazienti (29.1%) coma post-anossico, in 5 pazienti (20.8%) trauma cranico, in 1 paziente (4.1%) stato di male epilettico.

Data la gravità delle condizioni cliniche sottostanti, quali incapacità acquisite, è stato possibile raccogliere la volontà espressa dalla persona malata in un solo caso, in quanto persona capace di autodeterminarsi; in 3 casi sono state rispettate le Direttive anticipate di trattamento (DAT). 20 percorsi sono stati proseguiti integrando la ricostruzione delle volontà presunte da parte dei familiari. Tutte le famiglie dei pazienti sono state contattate dal servizio di CP. Delle 24 famiglie, 23 (95,6%) hanno accettato il supporto e sono state seguite per una media di 1,3 mesi (1-3 mesi) dalla presa in carico cioè dal momento del decesso del loro caro e quindi dalla procedura di donazione fino al mese successivo. Il lavoro comprendeva l'offerta di spazi dedicati alla rielaborazione delle decisioni prese, al ricordo della persona cara e al senso e alle ricadute che questo percorso ha avuto nelle loro vite, secondo il modello della “Dignity-Conserving Care” di Chochinov.

CONCLUSIONI: L'avvio di un percorso palliativo, parallelo a quello specialistico può rappresentare un elemento di valorizzazione dei percorsi di fine vita in ambienti intensivistici anche nei pazienti candidati a cDCD e rappresentare un valido supporto alla gestione del carico emotivo e lavorativo dei colleghi di questi reparti così come un valido supporto ai familiari dei pazienti donatori.

BIBLIOGRAFIA: Chochinov HM. Dignity-conserving care—a new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA. 2002 May 1;287(17):2253-60. doi: 10.1001/jama.287.17.2253. PMID: 11980525.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



MONITORAGGIO DEI BISOGNI MULTIDIMENSIONALI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE MIXED-METHOD SULL'IMPIEGO DELL'IPOS IN ASSISTENZA DOMICILIARE

Rita Ostan¹, Giuseppe Gambino¹, Luca Franchini¹, Gianpaolo Neri¹, Italo Malavasi¹, Daniele Roganti¹, Raffaella Pannuti², Simone Veronese³, Guido Biasco¹, Silvia Varani¹

¹ Fondazione ANT Italia ONLUS, Bologna, Italia, ² Fondazione FARO, Torino, Italia, ³ Università di Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: L'identificazione e il monitoraggio nel tempo dei bisogni dei pazienti oncologici in cure palliative domiciliari rappresentano una priorità fondamentale per garantire interventi mirati, tempestivi, personalizzati ed efficaci. Lo scopo di questo studio era quello di valutare se l'Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS), uno strumento PROM (Patient-Reported Outcome Measure), sviluppato in modo specifico per indagare i bisogni dei pazienti in cure palliative, fosse in grado di seguire l'impatto di un programma di assistenza domiciliare sui sintomi fisici e sulle problematiche psicosociali in pazienti affetti da cancro in fase avanzata.

METODO: Per lo studio è stato impiegato un disegno osservazionale prospettico con un approccio mixed-method quanti-qualitativo e sono stati inclusi pazienti oncologici in fase avanzata assistiti a domicilio da un'équipe multidisciplinare specializzata in cure palliative. Il questionario IPOS (versione paziente, 7 giorni di recall) è stato somministrato all'entrata in assistenza (T0) e, successivamente, a due (T14) e a quattro (T28) settimane. L'analisi quantitativa ha valutato il cambiamento nel tempo dei punteggi IPOS totali e delle tre sottoscale (sintomi fisici, problemi emotivi, comunicazione e aspetti pratici) tramite test non parametrici per misure ripetute. Parallelamente, le risposte aperte alla prima domanda del questionario (Q1), in cui si chiede al paziente di indicare i problemi e le preoccupazioni più importanti nel corso dell'ultima settimana, sono state analizzate tramite un'analisi tematica qualitativa, secondo un approccio bottom-up, codificato con il supporto del software Atlas.ti 9.

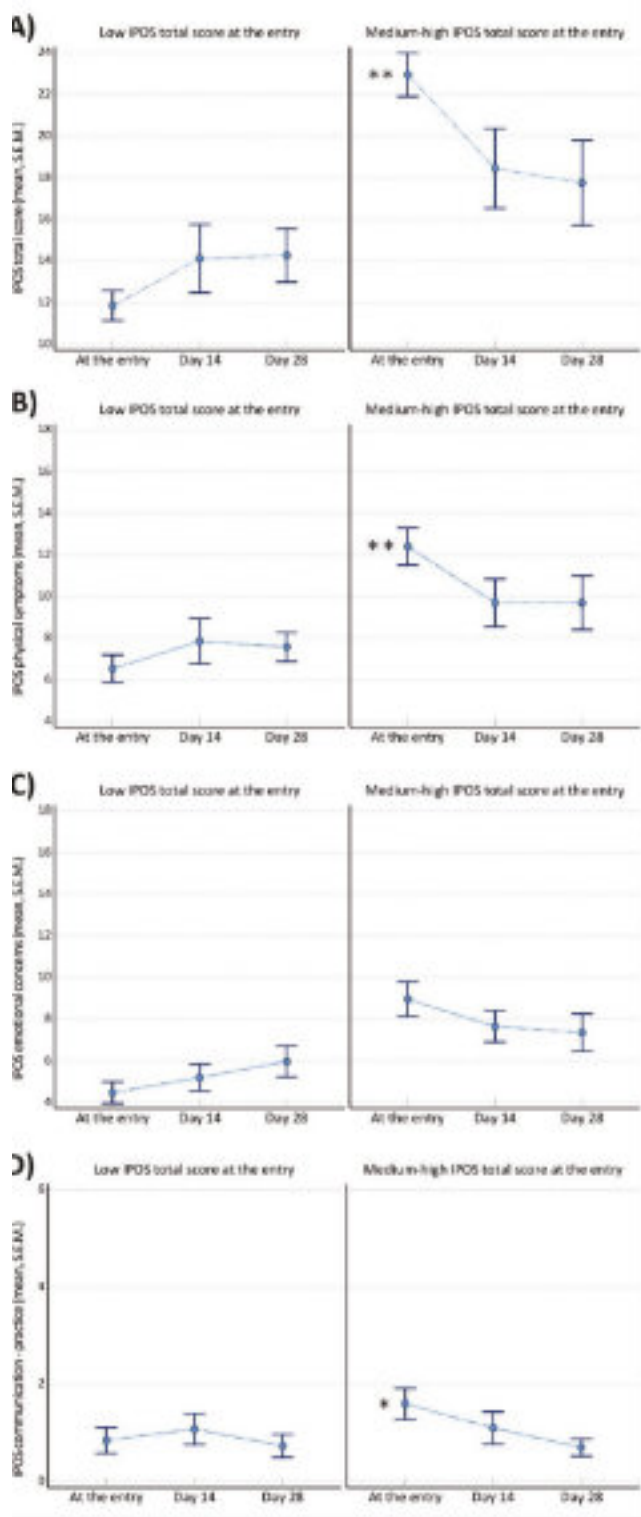
RISULTATI: Sessanta pazienti (età media $68,2 \pm 14,0$ anni; 51,7% donne) sono stati inclusi nello studio. Di questi, 47 hanno completato il periodo di osservazione di 4 settimane e le tre rilevazioni previste. L'analisi quantitativa evidenzia che i pazienti entrati in assistenza con punteggi IPOS medio-alti (superiori a 16, valore che rappresenta la mediana della distribuzione) mostrano una riduzione statisticamente significativa del punteggio totale ($p=0.003$), della sottoscala sintomi fisici ($p=0.002$) e della sottoscala comunicazione e aspetti pratici ($p=0.002$) già dopo due settimane e che questi miglioramenti vengono mantenuti alla quarta settimana. I pazienti che entrano in assistenza con un punteggio IPOS basso (sotto a 16) non mostrano differenze significative nel punteggio totale e nelle sottoscale dopo due e quattro settimane.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





L'analisi qualitativa ha permesso di individuare cinque temi principali che emergono spontaneamente dalle risposte dei pazienti alla domanda Q1: (1) sintomi ed effetti collaterali delle terapie, (2) preoccupazioni per i familiari, (3) evoluzione della malattia e (4) problematiche della quotidianità e (5) difficoltà psicologiche. Quest'ultimo tema, in particolare, si è manifestato in misura crescente tra la seconda e la quarta settimana, suggerendo che i bisogni emotivi tendano ad affiorare in un secondo momento, una volta attenuato l'impatto dei sintomi fisici. Questa progressione evidenzia la necessità di uno strumento di valutazione dinamico e ripetuto nel tempo, che supporti l'équipe nell'individuazione del momento ottimale per l'attivazione di interventi specifici, come il supporto psicologico o il counselling familiare.

CONCLUSIONI: L'utilizzo strutturato, ripetuto e regolare dell'IPOS si è rivelato efficace non solo per rilevare l'andamento clinico dei sintomi e dei bisogni multidimensionali dei pazienti, ma anche per promuovere un ascolto autentico e sistematico delle loro preoccupazioni più profonde. L'integrazione tra dati quantitativi e qualitativi ha permesso una comprensione più ampia e sfaccettata del vissuto del paziente in cure palliative domiciliari. I risultati dello studio confermano l'importanza di adottare strumenti validati che favoriscano un approccio proattivo e personalizzato, orientato alla tempestiva rilevazione dei bisogni e alla programmazione di interventi mirati.

BIBLIOGRAFIA: Ostan R, Gambino G, Franchini L, Neri G, Malavasi I, Roganti D, Pannuti R, Veronese S, Biasco G, Varani S. Assessment and monitoring by Integrated Palliative care Outcome Scale: an observational study on cancer patients at home. Support Care Cancer. 2025 Mar 19;33(4):301. doi: 10.1007/s00520-025-09363-3.

Identità di genere e cure palliative pediatriche: gestione clinica integrata in un'adolescente con malattia oncologica avanzata.

Gabriella Guida¹, Cristina Hernández Bravo², María García Rodríguez³, Natalia Martín Iranzo⁴, Irene Minguez de la Paz⁵, Lucía Ortiz San Román²

¹ Dipartimento di Pediatria, Ospedale Vittore Buzzi, Milano, Italia, ² Unità di Assistenza Integrata di Cure Palliative Pediatriche, Ospedale Universitario Niño Jesús, Madrid, SPAIN, ³ Servizio di Pediatria, Ospedale Universitario Niño Jesús, Madrid, SPAIN, ⁴ Servizio di Pediatria, Ospedale Río Carrión, Palencia, SPAIN, ⁵ Ospedale Universitario Gregorio Marañón, Madrid, SPAIN

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

SCOPO: L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la salute come uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non semplicemente come assenza di malattia. Questa definizione acquista una rilevanza particolare nell'ambito delle Cure Palliative Pediatriche (CPP), in cui l'obiettivo è garantire la migliore qualità di vita possibile ai bambini e agli adolescenti affetti da patologie inguaribili, considerando la persona nella sua globalità. In particolare, nei pazienti adolescenti, diventa imprescindibile adottare un approccio olistico che tenga conto della dimensione psicosociale ed esistenziale, oltre al necessario controllo dei sintomi fisici.

In tale prospettiva, il tema dell'identità di genere emerge come un aspetto centrale e sensibile da affrontare, affinché si possa offrire ai pazienti la possibilità di esprimere liberamente sé stessi e sostenere il loro benessere globale, salvaguardando la dignità e il rispetto in tutte le fasi della malattia. Nonostante l'attuale assenza di linee guida cliniche standardizzate specifiche su questo argomento, la letteratura e le raccomandazioni di buona pratica sottolineano l'importanza di riconoscere la diversità di genere come elemento fondamentale dell'età evolutiva, ancor più quando essa costituisce fonte di disagio significativo per il paziente.

METODO: Paziente di 14 anni, di sesso biologico maschile, in follow-up presso il servizio di Oncologia Pediatrica per sarcoma di Ewing metastatico. A seguito di recidiva di malattia, la paziente viene affidata al team di Cure Palliative Pediatriche per la gestione condivisa del percorso di cura. Durante la presa in carico, la paziente riferisce di identificarsi con il genere femminile sin dall'età di quattro anni e di aver avviato la transizione sociale nel contesto scolastico nell'ultimo anno.

Nel corso dei colloqui, manifesta il desiderio di intraprendere una terapia ormonale di affermazione di genere, ritenuta per lei fondamentale per il proprio benessere. Inizialmente esprime timori circa le possibili interazioni tra la terapia ormonale e i trattamenti oncologici in corso. Viene convocata una riunione multidisciplinare (Oncologia Pediatrica, Cure Palliative, Endocrinologia, Unità Multidisciplinare per l'Identità di Genere). Dopo un'attenta valutazione collegiale, si stabilisce l'assenza di controindicazioni cliniche all'avvio della terapia.

RISULTATI: La paziente inizia quindi la somministrazione di triptorelina trimestrale e cerotti transdermici di estradiolo, al fine di ottenere il blocco della progressione puberale maschile e lo sviluppo di caratteri sessuali femminili. In seguito, si osserva l'insorgenza di telarca e di lieve ipersensibilità mammaria. La paziente esprime ripetutamente grande soddisfazione, felicità e un evidente miglioramento dell'umore per i cambiamenti corporei che percepisce come coerenti con la propria identità.

CONCLUSIONI: La letteratura sul percorso di cure palliative nei pazienti pediatrici con diversità di genere affetti da patologie inguaribili è estremamente scarsa. Tuttavia, l'esperienza qui descritta sottolinea come la possibilità di intraprendere una terapia di affermazione di genere possa rappresentare, anche in un contesto di malattia avanzata, una fonte di speranza, motivazione e benessere per i pazienti. Si tratta di situazioni complesse, che richiedono un approccio multidisciplinare integrato, volto a fornire un supporto globale, non solo clinico ma anche psicologico e sociale, al paziente e alla sua famiglia. L'esperienza ribadisce infine l'importanza di formare i professionisti delle CPP alla competenza in tematiche di identità di genere, per assicurare una presa in carico rispettosa, competente e personalizzata.

BIBLIOGRAFIA: 1. Haviland K, Burrows Walters C, Newman S. Barriers to palliative care in sexual and gender minority patients with cancer: A scoping review of the literature. *Health Soc Care Community*. 2021 Mar;29(2):305-318. doi: 10.1111/hsc.13126. Epub 2020 Aug 7. PMID: 32767722; PMCID: PMC7867658.

2. Stein GL, Berkman C, O'Mahony S, Godfrey D, Javier NM, Maingi S. Experiences of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Patients and Families in Hospice and Palliative Care: Perspectives of the Palliative Care Team. *J Palliat Med*. 2020 Jun;23(6):817-824. doi: 10.1089/jpm.2019.0542. Epub 2020 Jan 9. PMID: 31916901.

3. Gorin M. What Is the Aim of PEDIATRIC-Gender-Affirming- Care? *Hastings Cent Rep*. 2024 May;54(3):35-50. doi: 10.1002/hast.1583. PMID: 38842886.

4. Lippe MP, Eyer JC, Roberts KE, Ritter ER, DiMauro PK, McKinney RE Jr, Williamson CL, Rosa WE. Affirmative Palliative Care for Transgender and Gender Nonconforming Individuals. *Am J Nurs*. 2023 Apr 1;123(4):48-53. doi: 10.1097/01.NAJ.0000925508.62666.99. PMID: 36951345; PMCID: PMC10262213.

5. Seachrist K, Somers E, Petras L, Didden E, Deci SE, Tomboc P, Kidd KM. Pediatric Palliative Care of a Transgender Adolescent. *Pediatrics*. 2024 Jul 1;154(1):e2023064830. doi: 10.1542/peds.2023-064830. PMID: 38845556; PMCID: PMC11211693.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO SULLE CARATTERISTICHE CLINICHE E SINTOMATOLOGICHE IN PAZIENTI ONCOLOGICI E NON ONCOLOGICI RICOVERATI IN UN HOSPICE AD INDIRIZZO INFETTIVOLOGICO

Elena Angeli¹, Stefania Cheli², Oscar Corli³, Tania Carta¹, Mokhles Chaieb¹, Sofia Dinegro², Paolo Franceschi¹, Romina Shazivari¹, Michaela Smolkova¹, Agostino Zambelli¹, FRANCESCOMOLA

¹ SSD Hospice Malattie Infettive Dip Malattie Infettive ASST FBF-Sacco, Milano, Italia, ² SC ICPS Farmacovigilanza e Ricerca Clinica Dip Scienze Biomed e Clin ASST FBF-Sacco Università degli Studi di Milano, Milano, Italia, ³ Dipartimento di Oncologia Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano, Italia

SCOPO: Le cure palliative hanno l'obiettivo di alleviare la sofferenza nei pazienti con patologie inguaribili, indipendentemente dalla diagnosi, per migliorare la qualità di vita. Sebbene le cure palliative in ambito oncologico siano ampiamente consolidate, vi è una crescente consapevolezza della necessità di estendere tali interventi anche ai pazienti con patologie croniche non oncologiche, che risultano essere sempre più rappresentativi nella nostra pratica clinica. Tuttavia, i dati sull'accesso e la presa in carico di questi pazienti nei setting palliativi restano ancora ampiamente da esplorare.

Questo studio si propone di analizzare e confrontare le caratteristiche cliniche ed i bisogni palliativi di pazienti oncologici e non oncologici ricoverati in un hospice integrato in un Dipartimento di Malattie Infettive, al fine di evidenziare analogie e differenze tra i due gruppi.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale prospettico su 145 pazienti consecutivamente ricoverati nel periodo compreso tra il 1 Gennaio 2024 ed il 31 Dicembre 2024. Al momento dell'ingresso sono stati raccolti i dati demografici, clinici e funzionali tra cui: età, sesso, BMI, punteggio PPS (Palliative Performance Scale), indice PPI (Palliative Prognostic Index), carico sintomatologico, patologie concomitanti, presenza di lesioni da pressione. È stata valutata, inoltre, la durata del ricovero e l'utilizzo della sedazione palliativa per la gestione di sintomi refrattari. È stata eseguita un'analisi descrittiva (μ : mediana, IQR: range interquartile) e comparativa tramite test di Mann-Whitney e chi-quadrato, con valore di significatività fissato a $p < 0.05$.

RISULTATI: Il 51.7% dei pazienti ricoverati nel nostro hospice presentava una diagnosi oncologica e il 48.3% era affetto da patologie croniche non oncologiche, principalmente, demenze vascolari e malattie neuro-degenerative avanzate, cardiopatie end-stage, infezione da HIV avanzata, insufficienza respiratoria cronica terminale, epatopatie end-stage. L'età mediana era di 83 anni (IQR 72–88), con una distribuzione tra i sessi equilibrata (52.4% maschi, 47.6% femmine). Il BMI mediano era 21.9 (IQR 19.6–24.4), il punteggio PPS mediano era 30 (IQR 20–40) e il PPI mediano era 8.5 (IQR 6–11). Globalmente, i pazienti ricoverati erano caratterizzati da un elevato numero di co-morbidità, con una mediana pari a 8 (IQR 6–10), e da un elevato carico sintomatologico, con una mediana pari a 7 (6–8). La durata mediana della degenza è risultata pari a 11 giorni (IQR 5–29). L'analisi comparativa ha evidenziato che i pazienti oncologici erano significativamente più giovani (μ : 81 vs 86 anni; $p < 0.01$) e con un PPI inferiore (μ : 7.5 vs 9.3; $p < 0.01$) pur rimanendo in entrambi i gruppi compatibile con una prognosi a breve termine; i pazienti non oncologici mostravano una prevalenza maggiore di lesioni da pressione (57.1% vs 34.7%; $p = 0.01$). L'analisi del carico sintomatologico ha mostrato differenze significative tra i due gruppi tra cui: il delirio moderato-severo era presente nel 78.6% dei pazienti non oncologici rispetto al 56% degli oncologici ($p = 0.01$); anche la sonnolenza era più frequente nei non oncologici (68% vs 48.6%; $p = 0.03$). Il dolore moderato-severo era più frequente negli oncologici (68% vs 48.6%; $p = 0.03$) così come il distress emotivo (89.3% vs 68.6%; $p = 0.003$). Infine, la disfagia era prevalente nel 65.7% nei pazienti non oncologici (65.7% vs 40%; $p = 0.003$). L'utilizzo della sedazione palliativa (90 pazienti) per la gestione dei sintomi refrattari era più frequente nei pazienti oncologici (70.7% vs 52.9%; $p = 0.04$).

CONCLUSIONI: I risultati dello studio evidenziano differenze significative tra i due gruppi, che riflettono traiettorie cliniche distinte e bisogni assistenziali eterogenei. I pazienti oncologici, pur essendo mediamente più giovani, arrivano in hospice con un carico sintomatologico importante, in particolare per dolore e distress emotivo. I pazienti non oncologici, invece, mostrano un profilo di maggiore fragilità fisica e cognitiva: l'età più avanzata, l'elevata incidenza di delirio, sonnolenza e disfagia, così come la frequente presenza di lesioni da pressione, indicano una compromissione funzionale severa, spesso legata a patologie

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



neuro-degenerative o a condizioni croniche terminali mal riconosciute, che possono ritardare l'accesso alle cure palliative, verso i quali, invece, devono essere indirizzati i nostri sforzi per individuare precocemente i bisogni clinico-assistenziali e dare adeguate e proporzionate risposte.

BIBLIOGRAFIA:

Carbonara L et al. Pain Pract 2024

Porcu L et al. Support Care Cancer 2023

Angeli E et al. Cureus 2024

Perri GA et al. Ann Palliat Med 2016

Espauella J et al. Age Ageing 2007



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ASSISTENZA ALLA TERMINALITÀ DI PAZIENTI CON CONDIZIONE CRONICA COMPLESSA SEGUITI DA UNA EQUIPE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Giuseppina Paone¹, Martina Zanotti², Ludovica Betti³, Elisa Mazzoni⁴, Giulia Cervi⁵, Michela Trenti⁶, Mirko Govoni⁷, Francesca Nanni⁸, Ivana Fioriti⁹, Maria Francesca Porcù¹⁰, Silvia Soffritti¹¹

¹Programma Bambino Cronico Complesso- Dipartimento Integrazione - AUSL, Bologna, Italia, ²Programma Bambino Cronico Complesso- Dipartimento Integrazione - AUSL, Bologna, Italia, ³Programma Bambino Cronico Complesso- Dipartimento Integrazione - AUSL, Bologna, Italia, ⁴Programma Bambino Cronico Complesso- Dipartimento Integrazione - AUSL, Bologna, Italia, ⁵UA Assistenza nella Rete delle Cure Palliative Pediatriche - AUSL, Bologna, Italia, ⁶UA Assistenza nella Rete delle Cure Palliative Pediatriche - AUSL, Bologna, Italia, ⁷UA Assistenza nella Rete delle Cure Palliative Pediatriche - AUSL, Bologna, Italia, ⁸DATER Riabilitazione Età Evolutiva - AUSL, Bologna, Italia, ⁹DATER Riabilitazione Età Evolutiva - AUSL, Bologna, Italia, ¹⁰DATER Riabilitazione Età Evolutiva - AUSL, Bologna, Italia, ¹¹Programma Bambino Cronico Complesso- Dipartimento Integrazione - AUSL, Bologna, Italia

SCOPO: Il nostro centro, nodo territorio della rete di Cure Palliative Pediatriche (CPP), è composto da una équipe multidisciplinare e multiprofessionale che ha in carico pazienti di età compresa tra 0 e 18 anni affetti da condizione cronica complessa (CCC) ed eleggibili alle CPP. Uno degli obiettivi primari dell'équipe è favorire la permanenza al domicilio dei pazienti in carico (in media 110 all'anno) nelle diverse fasi della malattia, dal momento della diagnosi al decesso, attraverso una gestione coordinata e condivisa con gli altri nodi della rete (Hospice ed Ospedale).

METODO: I continuativi e cadenzati accessi domiciliari e la presa in carico all'interno di una rete allargata di cura favoriscono l'instaurarsi di un rapporto di fiducia tra équipe e famiglia che conduce frequentemente alla volontà di definire il luogo in cui le famiglie desiderano assistere il proprio figlio nella fase terminale di malattia e alla stesura di una Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

Quando il paziente e la famiglia scelgono il domicilio come luogo di cura nella fase terminale, il nostro centro si impegna ad organizzare l'assistenza tenendo conto anche delle condizioni logistiche e abitative, offrendo una reperibilità h24 in presenza e/o mediante telemedicina.

Qualora la famiglia esprima il desiderio di assistenza in Hospice o in ambiente ospedaliero, l'équipe condivide con gli altri nodi della rete ed organizza il trasferimento del paziente.

RISULTATI: Dal 30/6/19 all'1/2/25 i pazienti deceduti in carico al nostro servizio sono stati 35 (M 18, F 17) con età compresa tra 1 e 18 anni (età media 10 anni). Le patologie da cui erano affetti sono state ripartite in base alla Classificazione Royal College of Pediatrics and Child Health (7 classe I, 4 classe II, 20 classe III, 4 classe IV).

Il decesso dei pazienti è avvenuto tra i 2 mesi e i 12 anni dalla presa in carico (media 3 anni). Nella maggior parte dei pazienti (24) il decesso è avvenuto per progressione della malattia di base, in 10 la causa è stato un evento improvviso (arresto cardio-circolatorio), in 1 un evento infettivo.

In 25 pazienti il decesso è avvenuto al domicilio, in 10 in ospedale con una sostanziale concordanza tra la sede del decesso reale e quella desiderata dalla famiglia. Un percorso di PCC, anche come momento di condivisione dei desideri relativi alla fase della terminalità e del decesso, era stato avviato in 24 pazienti ed in 14 di questi anche condiviso e firmato.

In 19 pazienti la gestione della fase terminale ha richiesto una sedazione palliativa profonda (SPP) per garantire la qualità di vita attraverso il contenimento dei sintomi (dispnea, dolore, agitazione psicomotoria). Di questi, 10 sono stati sottoposti a SPP al domicilio ed il decesso è avvenuto tra 1 e 40 giorni dall'inizio della stessa. La SPP è consistita in infusione in pompa elastomerica (in 6 per via sottocutanea, in 4 per via endovenosa) di morfina e midazolam a dosaggi crescenti. In uno di questi pazienti, con patologia oncologica, la difficoltà di controllo della sintomatologia dolorosa e l'importante stato di agitazione psicomotoria hanno richiesto l'introduzione di farmaci antipsicotici ed infusione di dexmedetomidina.

Dei 35 pazienti, 11, tutti deceduti al domicilio, effettuavano già da mesi terapia con oppiacei (per via transdermica o enterale), in 6 tale terapia è stata sostituita dalla SPP, nei restanti 5, la dinamica del decesso non ha richiesto o consentito l'avvio di una SPP.

Dopo circa 3 mesi dal decesso, l'équipe calendarizza l'accesso al domicilio per colloquio con la famiglia incentrato sul ritorno e l'elaborazione del lutto. È stato possibile effettuare 24 di questi accessi; in 4 famiglie per motivi temporali l'accesso non è stato ancora effettuato, in 7 non è stato possibile effettuarlo per



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



indisponibilità o lontananza. Le 24 famiglie visitate si sono dette soddisfatte sia per il luogo che per le modalità del decesso. Qualora le famiglie o l'equipe ritengano necessari ulteriori incontri la modalità e la frequenza degli stessi vengono condivisi e concordati.

CONCLUSIONI: L'assistenza domiciliare in CPP è un elemento cardine per la presa in carico dei pazienti con CCC. L'alleanza terapeutica facilita le famiglie nelle scelte importanti su un momento di vita drammatico del paziente terminale. La possibilità per una rete di CPP di offrire alle famiglie diversi setting in cui poter assistere un figlio morente è elemento imprescindibile per la presa in carico di questi pazienti. La recente apertura nel nostro territorio di un Hospice pediatrico consente di fornire alle famiglie una ulteriore opportunità di cura all'interno della rete di CPP. La visita post-lutto è parte integrante della presa in carico in CPP e consente di poter seguire l'elaborazione del lutto delle famiglie e di avere un ritorno sulla gestione della terminalità apportando eventuali modifiche all'assistenza. La recente disponibilità di una figura di supporto psicologico in organico sarà un ulteriore elemento di sostegno per le famiglie e per l'equipe.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SCOPOLAMINA TRANSDERMICA NELLA GESTIONE DELLA SCIALORREA NEI PAZIENTI AFFETTI DA SLA: CONFRONTO TRA CEROTTO E FORMULAZIONE GALENICA IN GEL PLO

Loretta Gulmini¹, Savino Spadaro², Giusi Di Donato¹, Sara Bertelli¹, Scapoli Daniela¹, Grazia Filieri¹, Francesco Ganzaroli¹, Persefoni Fagogeni¹, Busnardo Alessandra¹, Cristiana Manzetto¹, Luigi Colasanto¹, Elisabetta Sette¹, Riccardo De Gennaro¹, Nicola Magossi¹

¹Università degli Studi di Ferrara, Ferrara, Italia, ²ASUL Ferrara, Ferrara, Italia, ³Azienda Ospedaliera Ferrara, Ferrara, Italia, ⁴Laboratorio Galenico della Farmacia Adriatica di Porto Garibaldi (FE), Comacchio, Italia

SCOPO: Background

La scialorrea, ovvero l'eccessiva produzione o ridotta clearance della saliva, è un sintomo particolarmente invalidante in pazienti con patologie neurodegenerative come la sclerosi laterale amiotrofica (SLA), il Parkinson avanzato, o in fase terminale oncologica. È associata a notevole discomfort, rischio di aspirazione, difficoltà nella fonazione, nell'alimentazione e nella relazione sociale. Nonostante l'utilizzo di anticolinergici sistemici e cerotti transdermici a base di scopolamina (noti anche come scopolamina patches), non tutti i pazienti ottengono un controllo sintomatico soddisfacente o tollerano tali opzioni terapeutiche, spesso importate e di difficile reperibilità.

Il gel galenico transdermico a base di scopolamina (0,25–0,35 mg/0,1 ml) rappresenta una potenziale alternativa formulata localmente e applicabile su superfici cutanee poco vascolarizzate (es. retroauricolare), consentendo un rilascio prolungato con dosaggi personalizzabili. Tuttavia, le evidenze sulla sua efficacia clinica nel contesto palliativo sono ancora scarse.

OBIETTIVI

Lo scopo dello studio è valutare l'efficacia clinica, la tollerabilità e la gestione sintomatica del gel galenico di scopolamina in pazienti con scialorrea refrattaria in carico al team di Cure Palliative domiciliari. Inoltre, si propone di confrontare l'efficacia del gel galenico con il cerotto transdermico di scopolamina laddove precedentemente utilizzato.

Paziente	Diagnosi	Trattamento iniziale	Saliva OSS (pre)	Saliva OSS (post)	Effetti Collaterali	Score Comfort	Eventi Complessivi
P1	SLA	Gel 0,25 mg/0,1 ml + 0,25	1-2/5	2-3/5	Nessuno	5/5	Bel prodotto, volotto in grado di essere usato
P2	SLA	Gel 0,25 mg/0,1 ml	1-2/5	2-3/5	Nessuno	4/5	-
P3	SLA	Gel 0,25 mg/0,1 ml	0	0	Coste sostenibili	5/5	Sei meglio riuscito
P4	SLA	Gel 0,25 mg/0,1 ml	1	0	Nessuno	4/5	-
P5	SLA	Gel 0,25 mg/0,1 ml	0	0	Nessuno	5/5	Equivalente, preferisco scopolamina gel
P6	Encefalopatia	Gel 0,25 mg/0,1 ml	1-2/5	2-3/5	Nessuno	4/5	-

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale retrospettivo su sei pazienti trattati con gel transdermico galenico a base di scopolamina presso l'Unità di Cure Palliative domiciliari, tra ottobre 2023 e marzo 2024. I criteri di inclusione comprendevano diagnosi di SLA o patologia oncologica in fase avanzata, scialorrea refrattaria a trattamenti convenzionali, e consenso informato del caregiver.

La valutazione dell'efficacia è stata effettuata attraverso una scala osservazionale semiquantitativa OSS (Oral Secretion Score, 1 = scialorrea grave, 3 = lieve/assente), prima dell'inizio e dopo almeno 5 giorni di trattamento. È stata inoltre registrata la presenza di effetti collaterali e l'eventuale confronto con l'uso precedente del cerotto.

RISULTATI: Tutti i pazienti hanno mostrato un miglioramento della sintomatologia: il punteggio OSS è passato in media da 1 (scialorrea severa) a 2,5–3 (scialorrea moderata-lieve). Nessun paziente ha sospeso

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

il trattamento per effetti avversi gravi. È stata riportata lieve secchezza delle fauci in un solo caso. In tre pazienti era stato precedentemente utilizzato il cerotto importato: due hanno preferito il gel per miglior tollerabilità e reperibilità, uno ha ritenuto l'efficacia comparabile.

Il trattamento è stato ritenuto utile dai caregiver in termini di miglioramento della qualità di vita, riduzione del rischio di broncoaspirazione e semplificazione nella somministrazione domiciliare.

CONCLUSIONI: Il gel galenico transdermico di scopolamina si è dimostrato una soluzione efficace e ben tollerata per il controllo della sialorrea nei pazienti in cure palliative, anche nei casi refrattari ad altri anticolinergici o con precedenti intolleranze ai cerotti transdermici. La possibilità di personalizzazione della dose e la disponibilità in farmacia galenica locale lo rendono un presidio accessibile, soprattutto in contesti domiciliari e con scarsa reperibilità di farmaci importati. Ulteriori studi prospettici su campioni più ampi sono necessari per confermare l'efficacia e standardizzare i protocolli di utilizzo.

BIBLIOGRAFIA: Oliver DJ, Borasio GD, Caraceni A, et al. 'A consensus review on the management of oral secretions in patients with neurodegenerative disease.' *Palliative Medicine*, 2010.

Heffernan C, Jenkinson C, Holmes T, et al. 'Management of saliva problems in neurologically impaired children: a systematic review.' *Developmental Medicine & Child Neurology*, 2012.

Mercadante S, Aielli F, Adile C, et al. 'Palliative care in patients with advanced neurodegenerative diseases.' *Expert Review of Neurotherapeutics*, 2020.

Odachi, K., Narita, Y., Machino, Y., Yamada, T., Nishimura, Y., Ota, Y., Tomimoto, H. (2017). Efficacy of transdermal scopolamine for sialorrhea in patients with amyotrophic lateral sclerosis. *Cogent Medicine*, 4(1).

Gentili F, Foschi D, et al. 'Usogalenico di scopolamina in cure domiciliari: esperienza preliminare.' *Giornale Italiano di Cure Palliative*, 2023.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ANALISI RETROSPETTIVA E COMPARATIVA SUL TRATTAMENTO ATTIVO ONCO-EMATOLOGICO IN PAZIENTI RICOVERATI PRESSO UN REPARTO OSPEDALIERO DI CURE PALLIATIVE

Sofia Charis Bonilauro¹, Luca Magnani¹, Annalisa Colonna¹, Giulia Bertozzi¹, Laura Scarabelli², Angela Toss¹, Cludia Fiorani³

¹ Dipartimento delle Scienze Mediche e Chirurgiche Materno Infantili e dell'Adulto, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia, ² UOC Medicina Oncologica, Dipartimento interaziendale di Oncologia ed Ematologia, AOU Policlinico di Modena, Modena, Italia, ³ SSD Cure Palliative-Hospice, Dipartimento interaziendale di Oncologia ed Ematologia, AOU Policlinico Modena, Modena, Italia

SCOPO: Il trattamento attivo, anche in fase avanzata di malattia onco-ematologica, è un indicatore di aggressività nel fine vita, che in cure palliative deve essere attentamente monitorato. Le tossicità associate ai trattamenti oncologici attivi, in fasi di malattia in cui il possibile beneficio nel controllo della neoplasia è ormai assente, determina ripercussioni estremamente severe nel paziente, nel caregiver e nel curante di riferimento. [1] Nel primo semestre del 2024 in regione Emilia Romagna, la percentuale di pazienti deceduti per tumore, e che hanno ricevuto almeno un trattamento oncologico attivo nei 30 giorni precedenti il decesso è del 13.1%. Questo dato sale al 15.3% per i residenti nel territorio di Modena e provincia [2]. Obiettivo dello studio è identificare, in una popolazione selezionata, la percentuale di pazienti sottoposti a trattamenti attivi negli ultimi giorni di vita, analizzando la correlazione con variabili cliniche, prognostiche e sintomatologiche.

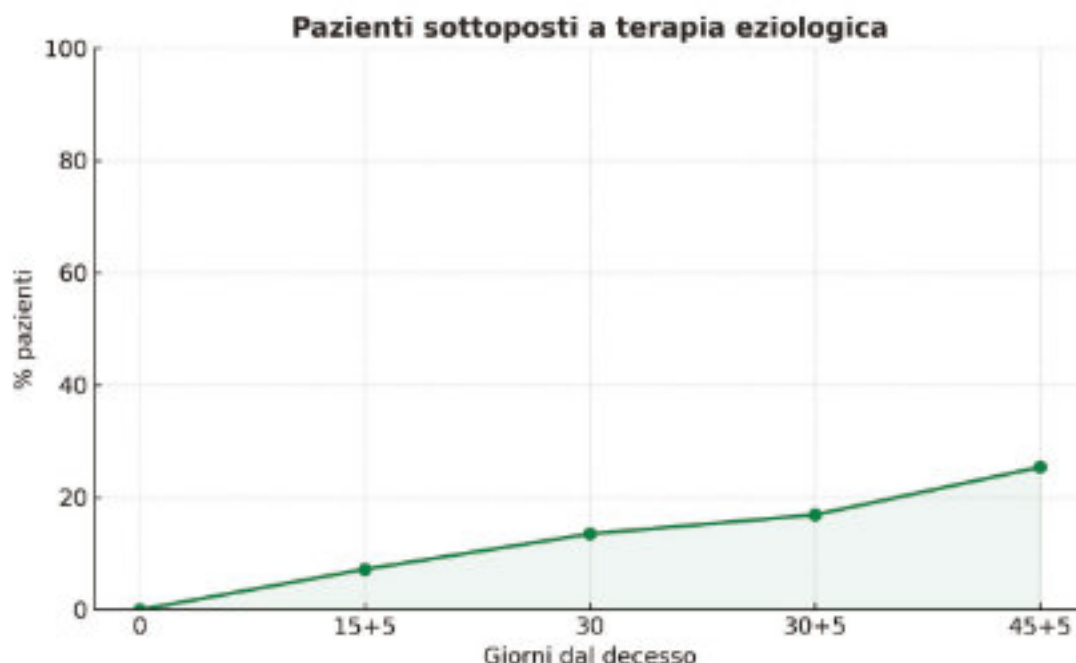
METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva riguardo la somministrazione di terapia onco-ematologica attiva in pazienti ricoverati, nel periodo compreso tra Gennaio e Dicembre 2024, presso un reparto ospedaliero di Cure Palliative-Hospice dedicato esclusivamente alla presa in carico di pazienti affetti da patologie onco-ematologiche. Oltre all'analisi descrittiva del dato, sono state considerate variabili demografiche (età, sesso), cliniche (tipo di neoplasia primitiva, numero di metastasi) e punteggi prognostici e sintomatologici (PAP, PERSONS, ESAS) per testare eventuali correlazioni tramite regressione logistica binaria.

RISULTATI: Il campione comprende 250 pazienti (117 maschi, 46.8%) di età compresa tra i 44-95 anni (mediana = 77, SIQ = 15), ricoverati per una media di 13.7 giorni (DS 10.5). La casistica è così rappresentata: 220 pazienti (88%) affetti da patologia oncologica (23.6% gastrointestinale, il 18.4% polmone, 12% pancreas e vie biliari, 34% altre), e 30 pazienti (12%) con patologia ematologica. Il 44.8% dei pazienti presentava almeno due sedi di metastasi. L'indagine ha evidenziato che il 16.9% dei pazienti deceduti per tumore aveva ricevuto una forma di terapia attiva negli ultimi 30+5 giorni di vita (estendendo il periodo di osservazione). In dettaglio: il 18% chemioterapia standard, il 25% terapia targeted, il 10% immunoterapia ed il 20% una combinazione delle precedenti.

Limitando invece il periodo di osservazione strettamente ai 30 giorni precedenti il decesso, la percentuale scende al 13.5%, dato in linea con i valori regionali ed al di sotto di quello riferito al totale dei soggetti deceduti per tumore a Modena e Provincia. L'analisi di regressione non ha rivelato correlazioni significative con la maggior parte delle variabili considerate e il rischio di ricevere terapia attiva onco-ematologica negli ultimi giorni di vita. Un trend ai limiti della significatività è stato riscontrato rispetto ai punteggi più elevati di ESAS all'ingresso ($p=0.082$; OR 1.03; 95% IC = -0.996 - 1.065) e per il tumore delle vie pancreatico-biliari che sembrerebbe predisporre a maggiore probabilità di ricevere trattamento attivo anche nelle fasi avanzate di malattia ($p=0.088$; OR 5.4; 95% IC = -0.78 - 37.49).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: I dati emersi risultano in linea con le medie regionali e locali. La possibilità di presa in carico presso una struttura ospedaliera di Cure Palliative-Hospice all'interno di un dipartimento onco-ematologico, prevedendo un cambio di paradigma di cura, ma garantendo una continuità assistenziale, sembra associarsi a una maggiore razionalizzazione delle prescrizioni di trattamenti attivi onco-ematologici nelle ultime settimane di vita, rispetto ai dati di riferimento (13.5% vs 15.3%).

Sebbene non siano emerse correlazioni significative con variabili demografiche, trend interessanti suggeriscono una possibile associazione tra punteggi sintomatologici elevati (ESAS) all'ingresso e una maggiore probabilità di ricevere un trattamento attivo negli ultimi 30 giorni di vita. Tale dato potrebbe essere giustificato dalla maggior probabilità di comparsa di effetti collaterali in pazienti in trattamento onco-ematologico attivo, che determinerebbe un incremento del carico sintomatologico. [1]

Più rilevante statisticamente è il dato che suggerisce una maggiore prescrizione di terapie attive nel fine vita nei pazienti affetti da neoplasie pancreatiche e delle vie biliari, caratterizzate da una diagnosi spesso tardiva e da un carico sintomatologico significativo. Questo potrebbe dipendere da un ritardo della presa in carico presso le Cure Palliative [3] o da una maggior probabilità che la neoplasia abbia un'evoluzione rapida e imprevedibile. Questi ultimi due dati sono meritevoli di approfondimento in ulteriori studi.

Le scelte terapeutiche in fase avanzata di malattia sollevano anche importanti questioni etiche e deontologiche, richiamando l'attenzione sulla necessità di garantire la proporzionalità degli interventi. Mantenere trattamenti antineoplastici in tale periodo rischia infatti di compromettere il benessere psico-fisico del paziente e di gravare emotivamente sui caregiver e sugli stessi operatori sanitari, chiamati a gestire situazioni cliniche complesse e spesso conflittuali.

Infine, l'esperienza maturata sottolinea l'importanza di percorsi decisionali personalizzati, multidisciplinari e condivisi, che integrino precocemente competenze palliative e strumenti prognostici, al fine di favorire cure più appropriate, ridurre trattamenti inutili e migliorare complessivamente la qualità dell'assistenza nelle ultime fasi di vita.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 Woldie I, Elfiki T, Kulkarni S, Springer C, McArthur E, Freeman N. Chemotherapy during the last 30 days of life and the role of palliative care referral, a single center experience. *BMCPalliat Care*. 2022 Feb 7;21(1):20. doi: 10.1186/s12904-022-00910-x. PMID:35125092; PMCID:PMC8819957.
- 2 Formoso G, Marino M, Guberti M, et al End-of-life care in cancer patients: how much drug therapy and how much palliative care? Record linkage study in Northern Italy. *BMJ Open* 2022;12:e057437. doi: 10.1136/bmjopen-2021-057437
- 3 Ekström A, Brun E, Eberhard J, Segerlantz M. Integration of Specialized Palliative Care with Oncological Treatment in Patients with Advanced Pancreatic Cancer. *J Pancreat Cancer*. 2022 Aug 12;8(1):2-8. doi: 10.1089/pancan.2022.0004. PMID:36092954; PMCID:PMC9451139.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CANNABIS TERAPEUTICA NELLA MALATTIA DI PARKINSON E NEI PARKINSONISMI: AMBULATORIO DEDICATO PER LA GESTIONE DEI SINTOMI REFRATTARI

VALENTINA FIORAVANTI¹, PIERLUIGI ALFIERI², FRANCESCO CAVALLIERI¹, FRANCO VALZANIA¹

¹ AUSL-IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova I.S.C. Neurologia, Reggio Emilia, Italia, ² AUSL-IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova I.S.C. Ematologia, Reggio Emilia, Italia

SCOPO

L'utilizzo della cannabis terapeutica nella Malattia di Parkinson (MP) e nei parkinsonismi sta guadagnando crescente attenzione come possibile risorsa per il trattamento dei sintomi refrattari. Il presente studio descrive l'attività di un ambulatorio specialistico dedicato, attivato in ambito neurologico ospedaliero nel luglio 2023 con l'obiettivo di offrire un trattamento complementare mediante preparazioni galeniche a base di THC. Le indicazioni principali alla prescrizione hanno riguardato sintomi difficili da trattare, come dolore cronico, disturbi del sonno, discinesie e scialorrea. L'analisi intende valutare la tollerabilità e l'impatto clinico del trattamento in un contesto strutturato, monitorando l'andamento sintomatologico e la percezione di qualità di vita nei pazienti trattati.

METODO

Presso il Centro Disturbi del Movimento afferente all'azienda ospedaliera pubblica è stato avviato, da luglio 2023, un ambulatorio specialistico dedicato alla prescrizione di cannabis terapeutica per pazienti affetti da Malattia di Parkinson o parkinsonismi. I pazienti sono stati selezionati sulla base di criteri clinici condivisi all'interno di un'équipe multidisciplinare e sottoposti a valutazione neurologica approfondita.

Le formulazioni prescritte, prevalentemente in forma oleosa, sono state allestite da farmacie di riferimento a partire da varietà standardizzate di infiorescenze ad alto tenore di THC (Bediol, Bedrocan, Bedica, Bedrolite), in combinazioni e dosaggi personalizzati.

Durante il follow-up clinico, sono stati monitorati: risposta soggettiva e oggettiva ai sintomi target, eventi avversi, aderenza terapeutica e percezione di qualità di vita. La raccolta dei dati è avvenuta mediante schede cliniche dedicate; in un sottogruppo di pazienti è stato inoltre possibile impiegare scale validate, tra cui UPDRS Part II, UDysRS, SCOPA-AUT, PDSS-2 e PDQ-39.

RISULTATI

Dal luglio 2023, sono stati trattati 24 pazienti (MP: n=18; parkinsonismi: n=6), con un'età media di 72,3 anni (range 57-86). Tutti i pazienti presentavano sintomi refrattari alle terapie convenzionali.

Le preparazioni galeniche a base di cannabis terapeutica più frequentemente prescritte sono state: Bediol (n=14), Bedica (n=6), Bedrocan (n=4) e Bedrolite (n=2). Le formulazioni sono state principalmente oleose, con dosaggi personalizzati in base alla risposta clinica.

I sintomi trattati includevano: dolore cronico (n=15), disturbi del sonno (n=11), discinesie (n=3), scialorrea (n=3). In molti casi i pazienti presentavano più sintomi concomitanti.

L'efficacia del trattamento si è manifestata principalmente in un miglioramento del sonno, con una riduzione dell'agitazione notturna, particolarmente evidente nei pazienti con parkinsonismi atipici. Per quanto riguarda le discinesie, nei pochi pazienti che sono stati trattati specificamente per questo sintomo, si è osservata una parziale riduzione. La scialorrea ha mostrato una riduzione significativa, soprattutto nei pazienti con parkinsonismo atipico che, essendo disfagici, considerano questo sintomo particolarmente problematico. Infine, il dolore cronico ha mostrato un miglioramento complessivo, con una riduzione dei sintomi riferita dalla maggior parte dei pazienti.

La tollerabilità al trattamento è risultata buona: solo due pazienti (8%) hanno interrotto il trattamento, uno per inefficacia clinica e l'altro a causa di torpore e confusione mentale.

CONCLUSIONI

I risultati preliminari di questo studio suggeriscono che l'utilizzo della cannabis terapeutica può essere una risorsa utile e sicura per la gestione dei sintomi refrattari nella Malattia di Parkinson e nei parkinsonismi. In particolare, il miglioramento del sonno e la riduzione dell'agitazione notturna sono risultati particolarmente significativi, soprattutto nei pazienti con parkinsonismi atipici. La riduzione delle discinesie, pur parziale, e il miglioramento della scialorrea nei pazienti con disturbi disfagici, supportano ulteriormente l'utilizzo della cannabis terapeutica in un contesto clinico strutturato. Inoltre, la riduzione del dolore cronico è stata riferita da un numero consistente di pazienti.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

La tollerabilità al trattamento è risultata buona, con una bassa incidenza di effetti avversi e nessun evento avverso grave. Questo conferma la sicurezza del trattamento, soprattutto quando somministrato in modo personalizzato e sotto monitoraggio specialistico. Sebbene i dati siano ancora preliminari, l'esperienza accumulata supporta l'idea che l'integrazione di cannabis terapeutica nei percorsi terapeutici per i pazienti con MP e parkinsonismi refrattari possa essere un'opzione vantaggiosa. Sono necessari ulteriori studi osservazionali e clinici per confermare l'efficacia a lungo termine e affinare le indicazioni terapeutiche in base ai singoli sintomi e alle variabili cliniche.

L'attivazione di ambulatori specialistici dedicati, come quello presentato in questo studio, rappresenta un passo importante verso un approccio terapeutico innovativo e multidisciplinare, che potrebbe migliorare la qualità di vita dei pazienti affetti da queste patologie neurologiche complesse.

BIBLIOGRAFIA

Urbi B, et al. Effects of Cannabis in Parkinson's Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Parkinsons Dis. 2022;12(2):495-508.

Figura M, et al. Cannabis in Parkinson's Disease- the patient's perspective versus clinical trials: a systematic review. Neurol Neurochir Pol. 2022;56(1):21-27.

Costa AC, et al. Cannabinoids in Late Life Parkinson's Disease and Dementia. Brain Sci. 2022;12(12):1596.

Cooray R, et al. Targeted THC and CBD Phytocannabinoids in Parkinson's and Alzheimer's. Mol Neurobiol. 2020;57(11):4878-89.

Prakash S, et al. Neuroprotective Effects of Phytocannabinoids and Resveratrol in PD. Brain Sci. 2021;11(12):1573.

Turner TH, et al. Cognitive Safety of Cannabis in Parkinson's Disease. Mov Disord. 2023;38(7):1125-1126.

Varshney K, et al. Cannabinoids in Treating PDSymptoms: Systematic Review. Cannabis Cannabinoid Res. 2023;8(5):716-730.

Griffith ST, et al. Cannabis use in PD: Patient Access and Physician Perspective. Neurotoxicology. 2024;103:198-205.

Yenilmez F, et al. Cannabis in Parkinson's Disease: The Patients' View. J Parkinsons Dis. 2021;11(1):309-321.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE PRECOCE SIMULTANEE: INDIVIDUARE E VALUTARE I BISOGNI IN UN DAY HOSPITAL ONCOLOGICO

Giulia Borghini¹, Mirjana Stampfer¹, Pastorelli Davide¹, Simone Veronese², Francesca Maria Zuliani¹, Sara Casarotti¹, Camilla Giabardo¹, Elettra Pasqualoni¹, Pellicciari Mattia¹, Roberta Ippolito¹, Nicola Raschella¹, Elisa Filippi¹, Giuseppe Moretto³

¹ Ospedale P. Pederzoli, Peschiera del Garda, Verona (VR), Italia, ² Fondazione FARO, Torino (TO), Italia, ³ AOUI Verona, Verona (VR), Italia

SCOPO: Con questa Ricerca si è provata ad inserire, in un contesto ospedaliero in cui prima non era presente, una metodologia strutturata per intercettare precocemente i bisogni di Cure Simultanee e Palliative, così da predisporre strategie e percorsi integrati per una migliore gestione del malato oncologico e della sua famiglia sin dall'inizio della presa in carico.

Ci si è avvalsi di strumenti di rilevamento precoce dei bisogni di Cure Simultanee e Palliative, integrati con le informazioni cliniche, con l'obiettivo di individuare, per ogni paziente, il miglior percorso di gestione, non solo dei sintomi fisici, ma anche delle problematiche a livello psicologico, relazionale, sociale e spirituale.

CATEGORIA BISOGNI RISCONTRATI



METODO: La ricerca è uno studio clinico osservazionale trasversale cross section.

Sono stati arruolati nello studio 540 assistiti giunti presso il Servizio Ambulatoriale di Oncologia Medica tra Ottobre e Dicembre 2024.

È stato loro somministrato lo Strumento SPICT-IT per l'individuazione precoce delle persone bisognose di Cure Palliative Simultanee. 532 pazienti sono risultati idonei all'arruolamento, ossia SPICT-IT positivi.

Ai 532 arruolabili, previa acquisizione del Consenso Informato, approvato dal Comitato Etico di Ricerca Clinica, è stato somministrato lo Strumento IPOS versione paziente 7 giorni.

È stato quindi creato un database per l'analisi dei campi osservati dallo Strumento IPOS a cui si sono aggiunti ulteriori dati clinici, quali: valutazione del dolore mediante Scala NRS, Indice di Karnofsky versione australiana AKPS, valutazioni delle visite psico-oncologiche e nutrizionali.

È seguita una statistica descrittiva dei dati rilevati con il calcolo di frequenze, percentuali e la realizzazione di grafici.

RISULTATI: Dei 540 pazienti inclusi nello studio, 532 sono risultati SPICT-IT positivi, tra di essi 427 hanno aderito alla compilazione del Questionario IPOS versione paziente 7 giorni, per l'individuazione precoce dei bisogni.

Dai risultati di analisi emerge come siano manifesti sintomi, quali: dolore, difficilmente gestito nel 10% dei casi, dispnea controllata nella metà dei pazienti, astenia presente nel 40% dei casi, nausea rilevata in meno



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



del 25% dei casi. Altri sintomi rilevati sono: insonnia, problematiche legate al cavo orale, stipsi, diarrea, formicolio e crampi.

In più del 55% delle persone l'ansia e la depressione sono descritte come problematiche rilevanti, circa il 40% necessita di un bisogno di informazioni da parte dell'équipe sanitaria. Nella metà delle persone i problemi di natura pratica e sociale spesso sono descritti come parzialmente individuati e affrontati.

CONCLUSIONI: All'aluce dei bisogni di cura emersi dagli stessi pazienti, di natura clinica, psicologica ed assistenziale, è stato implementato un servizio di Cure Simultanee. L'applicazione precoce di queste e l'integrazione di percorsi e consulenze specialistiche personalizzate permette di rispondere ai bisogni attraverso supporti di tipo psicologico, sociale, relazionale e di informazione.

Inserendogli assistiti in traiettorie di Cure Simultanee e Cure Palliative, lavorando in modo integrato sia con i Servizi Ospedalieri, che con quelli Territoriali, si sta generando una nuova modalità di visione e presa in carico della persona e della sua famiglia.

L'obiettivo è aumentare la fiducia e la compliance nel rapporto di cura con l'équipe sanitaria, costituendo la base per un dialogo aperto alle necessità e ai desideri.

Risulta fondamentale quindi trovare modalità per accompagnare e affrontare insieme pensieri, emozioni, relazioni, bisogni di informazioni e di supporto, presenti in tutte le fasi del progetto di presa in carico.

Al termine della ricerca, l'équipe si è sentita maggiormente coinvolta ed attiva, anche se ciò ha portato ad un aumentato carico emotivo da affrontare. Da qui si è creata una maggiore consapevolezza personale e di squadra, che lavora verso obiettivi comuni e, pertanto, condivide anche sentimenti ed emozioni simili. Si è instaurato un clima di reciproca attenzione ed aiuto verso i colleghi, in particolar modo nell'ottica di prevenzione e salvaguardia del benessere psicologico.

BIBLIOGRAFIA:

- Cancer pain relief and palliative care. Report of a WHO Expert Committee. (1990). World Health Organization technical report series, 804, 1-75
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. "The New England journal of medicine", 363(8), 733-742
- Hui, D., & Bruera, E. (2016), Integrare le cure palliative nella traiettoria della cura del cancro. "Nature Recensioni Oncologia clinica", 13, 159-171
- SICP, Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative (CCICP), 2018, p. 15
- Zhang B, Nilsson ME, Prigerson HG, Factors important to patients' quality of life at the end of life, "Arch Intern Med", 2012; 172:1133-1142
- Corli, O. (1988), Una medicina per chi muore il cammino delle Cure Palliative in Italia. "Città nuova", Roma, p. 15
- Choi, S., & Seo, J. (2019). Analysis of caregiver burden in palliative care: An integrated review, "Nursing Forum", 54(2), 280-290
- Canzani F. et al., 2021, Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato. Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto, "Rivista SICP"
- Paglieri F., et al. (2013). Confronto tra due strumenti di screening per l'identificazione precoce di pazienti fragili con bisogno di approccio palliativo nelle Cure Primarie. "Rivista SIMG", 30(03):30-37
- Di Maggio E, Gagliano I., 2020, Identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative da parte del medico di medicina generale: utilizzo dello SPICT-TM-IT quale strumento valutativo nell'ambulatorio del medico di famiglia, "Rivista SIMG", 27(4):18-22
- Casale, G., Magnani, C., Fanelli, R., Surdo, L., Goletti, M., Boyd, K., D'Angelo, D., Mastroianni, C., & SPICT-IT™ study group, 2020, Supportive and palliative care indicators tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. "BMJ Palliative Care", 19(1), 79
- Veronese S. et al., 2020, La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle Cure Palliative, "Rivista Italiana Cure Palliative", 22(3):147-158
- Veronese S, Rabitti E, Costantini M, Valle A, Higginson I., (2019), Translation and cognitive testing of the Italian Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) among patients and healthcare professionals, "PLOS ONE", 14(1): e0208536

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE NEL PAZIENTE CON MALATTIA RENALE CRONICA IN FASE AVANZATA: IL RUOLO DELL'INFERMIERE

Chiara Provasoli¹, Sara Hussein², Beatrice Mazzoleni³, Diego Lopane³, Carlotta Pavesi⁴, Alessandro Ripicini¹, Martina Giachello¹, Luca Cullia⁵, Chiara Poggio¹, Francesca Paragalli¹, Annamaria De Caria⁶, Prisca Elgoni Basevi⁷, Ana Maria Zuniga Guerrero⁷, Annalisa Saetta⁷, Laura Velutti⁷

¹ Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ² Degenza di Ortopedia, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³ Facoltà di Infermieristica, Humanitas University, Milano, Italia, ⁴ Servizi Assistenziali, Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁵ Csap Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁶ Servizio di Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁷ UO di Oncologia ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: La Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) rappresenta un processo decisionale anticipato e partecipato che consente al paziente di esprimere le proprie volontà in merito al percorso assistenziale e terapeutico, anche in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminazione. Questo approccio assume particolare rilevanza nei soggetti affetti da patologie cronico-degenerative a prognosi infausta, come la malattia renale cronica (MRC) in fase avanzata. In tale contesto, l'infermiere può svolgere un ruolo chiave nel facilitare la comunicazione, promuovere l'advocacy e garantire il rispetto delle preferenze del paziente. Lo scopo di questa revisione narrativa della letteratura è quello di identificare gli elementi cardine della PCC in ambito nefrologico e analizzare in che modo la pratica infermieristica possa incidere positivamente sul processo decisionale, sugli outcome clinici ed emotivi degli assistiti e sul benessere dei caregiver.

METODO: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica attraverso la consultazione delle principali banche dati biomediche (PubMed, CINAHL, Embase, Scopus, Cochrane Library), includendo pubblicazioni in lingua italiana e inglese comprese tra il 2015 e il 2024. Sono stati inclusi studi di qualsiasi disegno metodologico, purché affrontassero la tematica della PCC in pazienti affetti da MRC in fase avanzata e prevedessero un coinvolgimento attivo dell'infermiere nel processo. Dei circa 200 record iniziali, 14 articoli sono risultati pertinenti secondo i criteri di inclusione definiti.

RISULTATI: Dalla analisi degli studi selezionati emerge la rilevanza e l'efficacia della PCC nel garantire l'autodeterminazione degli assistiti, favorire una coerenza decisionale tra pazienti, familiari ed équipe curante, ridurre lo stress psicologico nei pazienti e nei caregiver. In particolare, è emersa l'importanza della figura infermieristica nel facilitare questo processo, soprattutto nei pazienti in dialisi, contesto che facilita le relazioni continuative con il personale. L'infermiere si è dimostrato un interlocutore privilegiato per fare emergere le preferenze, gli obiettivi di cura ed i valori degli assistiti, contribuendo a migliorare la qualità della comunicazione e il grado di coinvolgimento attivo del paziente e della famiglia. In diversi studi l'intervento infermieristico ha portato a un incremento della consapevolezza e della conoscenza sul tema della PCC sia nei pazienti che nel contesto familiare e nella popolazione generale. Gli infermieri hanno tuttavia riportato alcune criticità, tra cui la mancanza di formazione specifica, la scarsa definizione dei ruoli e delle responsabilità professionali nella PCC, e una comunicazione non sempre efficace tra i membri dell'équipe multiprofessionale. Inoltre, l'attuazione della PCC è risultata più strutturata ed efficace nei contesti che prevedevano protocolli condivisi e un supporto organizzativo formale.

CONCLUSIONI: La letteratura analizzata conferma che l'infermiere può giocare un ruolo cruciale nella promozione e nell'attuazione della PCC in ambito nefrologico, favorendo l'espressione anticipata delle volontà da parte dei pazienti con MRC avanzata e contribuendo a garantire cure rispettose, appropriate e centrate sulla persona. Il contributo infermieristico, in una prospettiva di advocacy, si concretizza nell'ascolto attivo, nell'educazione del paziente e nella facilitazione del dialogo tra tutti gli attori coinvolti. Tuttavia, per una piena implementazione della PCC, è necessaria una maggiore formazione specifica del personale sanitario, nonché un rafforzamento della collaborazione interdisciplinare lungo l'intero percorso di cura, dalla diagnosi fino alle fasi terminali. Un'efficace integrazione della PCC nella pratica assistenziale può contribuire significativamente a ridurre il burden emotivo e decisionale nei pazienti e nei caregiver, promuovendo un approccio olistico e condiviso alla gestione della cronicità in ambito nefrologico. È auspicabile una maggiore valorizzazione del ruolo dell'infermiere nella PCC, riconoscendone le competenze comunicative, relazionali e decisionali all'interno dei team di cura multidisciplinari.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- SICP.(2018). Le cure palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata.
- Barathi, N. (2023). Development and validation of a questionnaire to explore preferences of patients, family caregivers, and kidney care providers on advance care planning in an end-stage kidney disease setting. *Palliative And Supportive Care*, 1-5.
- Ced, L. (2016). Advance care planning for haemodialysis patients. *Cochrane Library*.
- Chen, J.-O. (2021). Exploring the Barriers Faced by Nephrology Nurses in Initiating Patients With Chronic Kidney Disease Into Advance Care Planning Using Focus-Group Interviews. *The Journal of Nursing Research*, 29(6).
- Esposito, M., Alberio, M., & Di Mauro, S. (2019). Le cure palliative per i pazienti con malattia renale allo stadio terminale. *L'Infermiere*, 3.
- Imamah, N., & Lin, H.-R. (2021). Palliative Care in Patients with End-Stage Renal Disease: a meta synthesis. *international journal of environmental research and public health*, 18.
- Izumi, S. (2017). Advance Care Planning: The Nurses Role. *AJN*, 117(6), 56-61.
- Ministero Della Salute. (2010). Legge 15 marzo 2010, n. 38 Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Ministero Della Salute. (2017). legge 219/2017. *gazzetta ufficiale*.
- Moodie, J.-A. (2021). The advantages of nurse-led consent for dialysis in improving shared decision-making and obtaining legal consent. *Renal Society of Australasia Journal*, 17(1).
- O'Hare, A. M. (2016). Provider Perspectives on Advance Care Planning for Patients with Kidney Disease: Whose Job is it Anyway? *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, 11, 855-866.
- Panocchia, N. (2017). Survey on advance care planning of Italian outpatients on chronic haemodialysis. *BMJ supportive & palliative care* (7), 419-422.
- Phillips, C. R. (2018). Advance Care Planning and Chronic Kidney Disease: What Do Patients Know and What Do They Want? *Nephrology Nursing Journal*, 45(6).
- Song, M.-K., Manatunga, A., & Platinga, L. (2024). Effectiveness of an Advance Care Planning Intervention in Adults Receiving Dialysis and Their Families: A Cluster Randomized Clinical Trial. *Jama*, 1-14.
- Tantardini, C. (2024). Advanced Care Planning (ACP) and Hemodialysis: a Pilot Project for the Application of Italian Law 219/2017 in Dialysis Units. *giornale italiano di Nefrologia*, 1(41).
- Zarantonello, D. (2022). Sospensione della dialisi e gestione condivisa del fine vita tra nefrologia e cure palliative: la nostra esperienza triennale. *giornale italiano di nefrologia*, 5(3).
- Zito, M. P., & Toschi, R. (2021). Presa in carico infermieristica nella malattia renale cronica. *GCND*, 120-124.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI ONCOLOGICI MALNUTRITI: STUDIO OSSERVAZIONALE RESTORATION

Gianluca Catania¹, Erica Guiddo², Luca Carmisciano³, Bruno Cavaliere⁴, Raffaella Gradaschi², Massimo Patané, Milko Zanini¹, Samir G. Sukkar², Loredana Sasso¹, Annamaria Bagnasco¹

¹Dipartimento di Scienze della Salute - Università degli Studi di Genova, Genova, Italia, ²Unità di Dietetica e Nutrizione Clinica - IRCCS-Policlinico Ospedale San Martino, Genova, Italia, ³Dipartimento di Medicina Clinica e Sperimentale, Università di Pisa, Pisa, Italia, ⁴Direzione Professioni Sanitarie - IRCCS-Policlinico Ospedale San Martino, Genova, Italia, ⁵Divisione di Reumatologia, Azienda Sanitaria Locale 3 Genovese, Genova, Italia

SCOPO

La malnutrizione è altamente prevalente tra i pazienti oncologici e rappresenta un determinante chiave degli esiti clinici, della qualità di vita e della tolleranza ai trattamenti. Allo stesso tempo, emerge con forza l'esigenza di cure palliative precoci, non solo nella fase terminale, ma lungo tutto il percorso di malattia. Tuttavia, la correlazione tra lo stato nutrizionale e i bisogni di cure palliative è ancora poco esplorata. Lo studio RESTORATION si propone di descrivere i bisogni di cure palliative nei pazienti oncologici a rischio o affetti da malnutrizione e di valutare l'evoluzione di tali bisogni nel tempo. Obiettivi secondari sono determinare la prevalenza della malnutrizione e indagare l'associazione con i bisogni palliativi.

METODO

Lo studio osservazionale di coorte ha incluso 93 pazienti oncologici adulti afferenti ad un servizio di Nutrizione Clinica di un centro oncologico del nord Italia. I criteri di esclusione comprendevano deficit cognitivi o preesistente carico nutrizionale preesistente. Il follow-up prevedeva tre timepoint: baseline (T0), un mese (T1) e due mesi (T2). I bisogni palliativi sono stati valutati mediante il questionario IPOS (Integrated Palliative Outcome Scale), mentre lo stato nutrizionale è stato determinato mediante il NRS-2002 e i criteri GLIM (Global Leadership Initiative on Malnutrition). Sono stati raccolti anche dati clinici, antropometrici e bioimpedenziometrici. L'analisi statistica ha incluso test t per dati appaiati, correlazioni di Spearman e classificazione manuale dei profili longitudinali IPOS in quattro traiettorie (miglioramento sostenuto, effetto transitorio, effetto ritardato, nessun effetto). Il software utilizzato è stato R (v. 4.4.2).

RISULTATI

L'età media dei partecipanti era 68,7 anni (SD 10,7), con una leggera prevalenza maschile (52,7%). Le sedi tumorali più frequenti erano testa-collo (36,6%) e tratto gastrointestinale (21,5%). Al basale, l'81,7% era malnutrito secondo i criteri GLIM, con una perdita di peso media del 10,9% (SD 7,2%) e l'88,2% dei pazienti riportava un'introiezione alimentare inferiore al fabbisogno. Il punteggio IPOS medio a T0 era 19,9 (SD 7,8), indicando una significativa presenza di sintomi fisici (dolore, nausea, stanchezza, dispnea, alterazioni del gusto e dell'appetito) e psicologici (ansia, depressione). Al basale, si osservava una correlazione significativa tra grado di malnutrizione e punteggio IPOS ($p=0.042$). Al T1, 81 pazienti hanno completato nuovamente l'IPOS: la differenza media rispetto a T0 è stata di -3.8 (95% CI: -5.5 - -2.1). A T2, 63 pazienti hanno continuato il follow-up. L'evoluzione dei bisogni palliativi ha mostrato un andamento eterogeneo: il 29,5% ha avuto un miglioramento sostenuto, il 22,9% un miglioramento transitorio, il 36,1% un miglioramento ritardato, e l'11,5% nessun miglioramento. È emersa inoltre una correlazione significativa tra peggioramento dello stato nutrizionale e incremento dei bisogni palliativi ($p=0.032$).

CONCLUSIONI

I risultati dello studio confermano l'alta prevalenza di malnutrizione tra i pazienti oncologici e l'associazione significativa tra severità della malnutrizione e bisogni di cure palliative. Il questionario IPOS si è dimostrato uno strumento efficace per identificare precocemente tali bisogni, rivelando una molteplicità di sintomi fisici e psicologici, spesso non adeguatamente gestiti nel setting oncologico tradizionale. L'andamento variabile dei bisogni palliativi nel tempo evidenzia la necessità di un monitoraggio regolare e personalizzato. L'integrazione precoce delle cure palliative nel percorso nutrizionale potrebbe rappresentare una strategia efficace per migliorare la qualità della vita e il benessere complessivo del paziente oncologico e del suo caregiver. Il RESTORATION Study, a nostra conoscenza, rappresenta uno dei primi contributi che esplora in maniera congiunta la relazione tra malnutrizione oncologica e bisogni di cure palliative, offrendo nuove prospettive per la presa in carico multidisciplinare e personalizzata.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA

1. Arends J, Bachmann P, Baracos V, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. Clin Nutr. 2017;36(1):11-48.
2. Caccialanza R, Pedrazzoli P, Cereda E, et al. Nutritional support in cancer patients: The early bird catches the worm. Support Care Cancer. 2016;24(10):4293-4296.
3. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO Clinical Practice Guideline Update. J Clin Oncol. 2017;35(1):96-112.
4. Strang P. Integration of early palliative care in oncology: Evidence and barriers. Curr Opin Oncol. 2022;34(4):336-341.
5. Mello MRSP, Braga SF, Gomes IP, et al. Gastrointestinal symptoms, oral alterations, and weight loss in colorectal cancer patients. Nutr Clin Pract. 2021;36(2):349-356.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



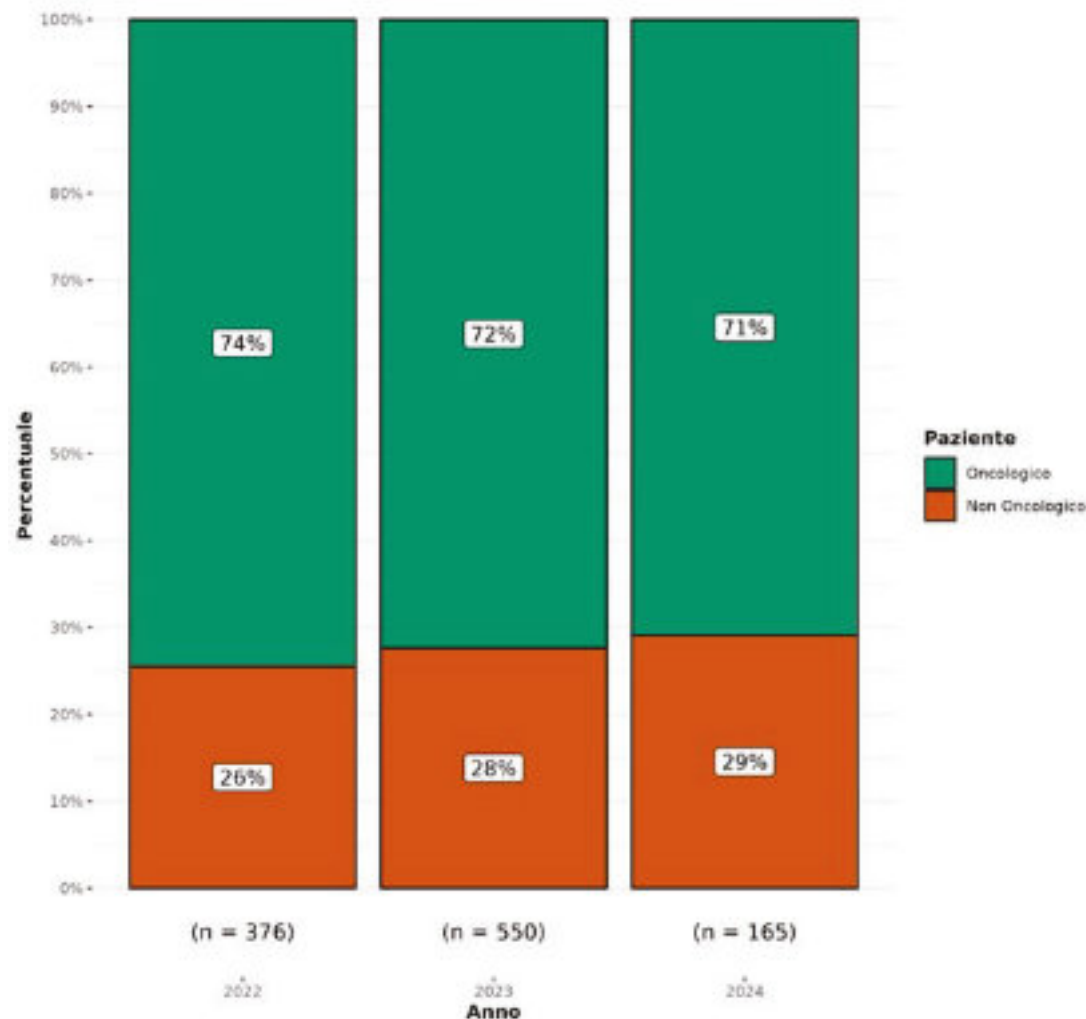
CARATTERISTICHE E BISOGNI CLINICI NEI PAZIENTI ONCOLOGICI E NON ONCOLOGICI ASSISTITI DA CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE: ANALISI RETROSPETTIVA 2022-2024

Daniele Marelli¹, Michela Romelli^{1,2}, Sofia Amati¹, Saverio Chanel Tchakute Fakepo¹, Cristina Comali², Daniela Martinelli², Elena Sosta², Marialuisa Turati², Mara Zigliani², Cosimo Chelazzi^{1,2}

¹ Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia, ² S.C. Cure Palliative e ADI, ASST Spedali Civili Brescia, Brescia, Italia

SCOPO: Obiettivo del presente studio è confrontare le caratteristiche cliniche, i bisogni terapeutici e gli outcome clinici tra pazienti oncologici e non oncologici assistiti da un servizio di cure palliative (CP) intraospedaliero presso un ospedale terziario, evidenziando limiti e punti di forza della presa in carico nel periodo 2022-2024.

Percentuale di pazienti Oncologici e Non-Oncologici



METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva su 1496 pazienti (1156 oncologici e 340 non oncologici) valutati dal team di CP intraospedaliero tra il 03/01/2022 e il 31/03/2024. I dati, estratti dalle cartelle cliniche, hanno incluso età, genere, motivo della consulenza (colloquio/presa in carico, indicazioni terapeutiche), reparto segnalante, stato cognitivo e motorio, Karnofsky Performance Status (KPS), comorbidità, sintomi, indicazioni terapeutiche, prognosi, esito della dimissione (modalità di presa in carico, decesso, ecc.) e luogo del decesso. La distribuzione delle variabili è stata valutata mediante il test di Shapiro-Wilk; il confronto tra variabili categoriche e continue è stato eseguito rispettivamente con il test chi-quadrato e il test di Mann-Whitney U, considerandostatisticamente significativo un valore di $p < 0,05$.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

RISULTATI: I pazienti non oncologici sono risultati significativamente più anziani rispetto agli oncologici ($75,20 \pm 14,63$ vs $69,87 \pm 14,17$ anni; $p < 0,001$). Il KPS medio era inferiore nei non oncologici ($33,56 \pm 16,04$ vs $50,98 \pm 18,60$; $p < 0,001$), con una maggiore percentuale di pazienti allettati ($72,6\%$ vs $26,5\%$; $p < 0,001$) e affetti da grave decadimento cognitivo/demenza ($42,1\%$ vs $6,7\%$; $p < 0,001$).

Le comorbidità risultavano più numerose nei pazienti non oncologici ($5,33 \pm 3,69$ vs $4,20 \pm 2,72$; $p < 0,001$), con una prevalenza significativamente maggiore di patologie cardiovascolari ($71,5\%$ vs $59,0\%$; $p < 0,001$), renali ($32,6\%$ vs $18,3\%$; $p < 0,001$) e demenza ($12,6\%$ vs $3,2\%$; $p < 0,001$).

Alla prima valutazione i non oncologici presentavano più frequentemente dispnea ($38,2\%$ vs $27,4\%$; $p < 0,001$), delirium ($26,2\%$ vs $10,2\%$; $p < 0,001$), disfagia ($27,4\%$ vs $10,2\%$; $p < 0,001$) e lesioni da decubito ($13,2\%$ vs $1,9\%$; $p < 0,001$), mentre il dolore risultava meno prevalente ($45,9\%$ vs $66,5\%$; $p < 0,001$).

Le indicazioni terapeutiche rispecchiavano tali differenze: i non oncologici richiedevano più frequentemente terapie per dispnea ($27,1\%$ vs $12,3\%$; $p < 0,001$), delirium ($11,2\%$ vs $3,2\%$; $p < 0,001$) e sedazione palliativa ($18,2\%$ vs $2,7\%$; $p < 0,001$), mentre le terapie antalgiche erano meno richieste ($40,6\%$ vs $47,3\%$; $p = 0,029$).

I reparti di provenienza dei pazienti differivano nei due gruppi: i non oncologici erano più frequentemente segnalati da reparti di medicina interna ($31,5\%$ vs $20,2\%$), nefrologia ($14,7\%$ vs $0,8\%$) ed ematologia ($15,6\%$ vs $1,7\%$), mentre gli oncologici provenivano prevalentemente dall'oncologia ($39,5\%$ vs $1,2\%$).

La mortalità intraospedaliera risultava significativamente più elevata nei non oncologici ($44,8\%$ vs $14,6\%$; $p < 0,001$); al contrario, i pazienti oncologici venivano più frequentemente dimessi verso cure palliative domiciliari ($31,1\%$ vs $18,8\%$) o ambulatoriali ($7,1\%$ vs $0,6\%$).

Si è osservato un incremento della proporzione di pazienti non oncologici segnalati al servizio di CP intraospedaliero dal 2022 ($21,2\%$) al 2024 ($24,3\%$), con un incremento relativo del $14,9\%$.

CONCLUSIONI: I pazienti non oncologici evidenziano una complessità clinica maggiore rispetto agli oncologici, caratterizzata da un deterioramento funzionale e cognitivo maggiore e da una prognosi significativamente peggiore.

La maggiore prevalenza di sintomi refrattari (dispnea, delirium, disfagia) e il frequente ricorso alla sedazione palliativa sottolineano l'esigenza di un approccio personalizzato alle cure palliative.

Un'integrazione precoce delle CP intraospedaliere appare fondamentale per ridurre i ritardi nella presa in carico, migliorare la gestione dei sintomi e ottimizzare gli esiti clinici, in particolare per i pazienti non oncologici che gravano maggiormente sul carico assistenziale ospedaliero.

L'adozione di strumenti di screening specifici e l'implementazione di programmi di formazione interdisciplinare potrebbero favorire un modello di presa in carico integrata, con il potenziale beneficio di ridurre la mortalità intraospedaliera e migliorare la qualità di vita dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA:

1. Janberidze E, Poláková K, Bankovská Motlová L, et al. Impact of palliative care consult service in inpatient hospital setting: a systematic literature review. *BMJ Supportive & Palliative Care* 2020;11(4):351–360;doi: 10.1136/bmjspcare-2020-002291.
2. Amano K, Morita T, Tataru R, et al. Association between Early Palliative Care Referrals, Inpatient Hospice Utilization, and Aggressiveness of Care at the End of Life. *Journal of Palliative Medicine* 2015;18(3):270–273;doi: 10.1089/jpm.2014.0132.
3. Rainsford S, Phillips CB, Glasgow NJ, et al. The 'safe death': An ethnographic study exploring the perspectives of rural palliative care patients and family caregivers. *Palliative Medicine* 2018;32(10):1575–1583;doi: 10.1177/0269216318800613.
4. Ferrell BR, Temel JS, Temin S, et al. Integration of Palliative Care Into Standard Oncology Care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. *Journal of Clinical Oncology* 2017;35(1):96–112;doi: 10.1200/jco.2016.70.1474.
5. R Core Team. R: A Language and Environment for Statistical Computing. R Foundation for Statistical Computing: Vienna, Austria; 2018.
6. Posit team. RStudio: Integrated Development Environment for R. Posit Software, PBC: Boston, MA; 2024.
7. Sjoberg DD, Whiting K, Curry M, et al. Reproducible summary tables with the gtsummary package. 2021;13:570–580;doi: 10.32614/RJ-2021-053.
8. Patil I. Visualizations with statistical details: The 'ggstatsplot' approach. 2021;6:3167;doi: 10.21105/joss.03167.
9. Chelazzi C, Ripamonti CI. How early should be "Early Integrated Palliative Care"? *Supportive Care in Cancer* 2023;32(1);doi: 10.1007/s00520-023-08213-4.

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE DI FINE VITA NEI PAZIENTI CON SLA: IL RUOLO DELLE PIANIFICAZIONI ANTICIPATE DI TRATTAMENTO E DELLE CURE PALLIATIVE

Franческа Palumbo¹, Antonio Canosa^{1,2}, Umberto Manera^{1,2}, Rosario Vasta¹, Enrico Matteoni¹, Sara Cabras¹, Simone Veronese³, Adriano Chiò^{1,2}, Cristina Moglia^{1,2}, Andrea Calvo^{1,2}

¹ALSCenter, Department of Neuroscience, Torino, Italia, ²Neurology 1, AOUCittà Della Salute E Della Scienza Di Torino, Torino, Italia, ³Fondazione FARO, Torino, Italia

SCOPO: Le cure di fine vita rivestono un ruolo cruciale nell'assistenza dei pazienti affetti da Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) (1). Gli scenari di fine vita sono spesso caratterizzati da decisioni che riguardano terapie di supporto vitale e l'attivazione delle Cure Palliative (2). Una presa in carico palliativa è infatti fondamentale per il miglioramento della qualità di vita dei pazienti, come è stato ampiamente riportato (3). Tuttavia, pochi studi hanno indagato specificamente le pratiche di fine vita nei pazienti SLA, inclusa la diffusione della Pianificazione Condivisa delle Cure e la correlazione di tale discussione con l'attivazione delle cure palliative e le pratiche di supporto vitale praticate nelle fasi più avanzate di malattia.

METODO: Abbiamo retrospettivamente analizzato i dati di registro dei pazienti afferiti al Centro SLA di appartenenza dal 2008 al 2020. Sono stati raccolti dati demografici e clinici, nonché la frequenza della pianificazione condivisa delle cure, le preferenze dei pazienti in materia di trattamenti sanitari, e l'attivazione delle CP.

RISULTATI: Abbiamo incluso un totale di 1215 pazienti. L'utilizzo di supporti ventilatori non invasivi (NIMV) è stato riportato in 613 (50.45%) casi. L'intervento di posizionamento della tracheostomia è stato praticato in 217 casi (17.86%), e la gastrostomia endoscopica percutanea (PEG) in 436 casi (35.91%). La decisione di posizionare o meno la tracheostomia è stata discussa attraverso un processo di pianificazione condivisa delle cure in 650 casi (53.4%). Tra i pazienti coinvolti nella discussione, 80 (12.3%) hanno espresso un parere favorevole alla tracheostomia. In 95 (16.8%), la tracheostomia è stata eseguita in urgenza o comunque senza una precedente discussione riguardante il posizionamento. Fattore significativamente associato al posizionamento della tracheostomia è la giovane età ($p < 0.001$). Fattori significativamente associati al posizionamento della PEG sono la giovane età ($p < 0.001$), il sito d'esordio ($p < 0.001$, bulbare > spinale) e la pianificazione condivisa delle cure ($p > 0.001$). Inoltre, l'attivazione dei servizi di cure palliative è risultata essere significativamente associata con la pianificazione condivisa delle cure ($p < 0.001$).

CONCLUSIONI: In questo studio, abbiamo osservato una significativa correlazione tra posizionamento di tracheostomia e PEG con la giovane età, entrambi risultati abbastanza attesi. Inoltre, il posizionamento della PEG è risultato essere significativamente associato con la pianificazione condivisa delle cure, sottolineando che tale pianificazione possa avere sulle misure sanitarie utilizzate, verosimilmente perché si rendono edotti i pazienti in merito alle opzioni terapeutiche che hanno a disposizione. Infine, abbiamo osservato che l'attivazione delle cure palliative è risultata essere significativamente associata con la pianificazione condivisa delle cure. Questo risultato è meritevole di interesse poiché mostra come intraprendere una pianificazione condivisa dei trattamenti sanitari incrementa la possibilità che il paziente usufruisca di un supporto palliativo, che contribuisce in modo significativo ad una migliore qualità assistenziale.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Eljas Ahlberg E, Axelsson B. End-of-life care in amyotrophic lateral sclerosis: A comparative registry study. *Acta Neurol Scand.* 2021 May;143(5):481-488. doi: 10.1111/ane.13370. Epub 2020 Nov 23. PMID: 33141927.
- 2- Andersen PM, Kuzma-Kozakiewicz M, Keller J, Aho-Oezhan HEA, Ciecierska K, Szejko N, Vázquez C, Böhm S, Badura-Lotter G, Meyer T, Petri S, Linse K, Hermann A, Semb O, Stenberg E, Nackberg S, Dorst J, Uttner I, Häggström AC, Ludolph AC, Lulé D. Therapeutic decisions in ALS patients: cross-cultural differences and clinical implications. *J Neurol.* 2018 Jul;265(7):1600-1606. doi: 10.1007/s00415-018-8861-4. Epub 2018 May 4. PMID: 29728768.
- 3- Mercadante S, Al-Husinat L. Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *J Pain Symptom Manage.* 2023 Oct;66(4):e485-e499. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.06.029. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37380145.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



MORIRE LONTANO DA CASA: L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE DEI MIGRANTI.

Maia Caldato¹, Barbara Foglia¹, Sara Garlini¹, Federica Giangrande¹, Alexandra I. Gabris¹, Antonio Lizzardo¹, Robero E. Moroni G.¹

¹Fondazione IRCCS Ca'Granda-Osp. Maggiore Policlinico, Milano, Italia

SCOPO: L'accesso alle cure sanitarie rappresenta un diritto fondamentale sancito dalla Costituzione italiana, garantito non solo ai cittadini ma anche a tutte le persone presenti sul suolo nazionale, almeno per le cure in urgenza e le prestazioni minime essenziali.

L'accesso al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per i cittadini stranieri è regolato da una serie di normative che variano a seconda dello status legale del migrante. I cittadini comunitari ed extracomunitari regolarmente presenti possono accedere al SSN. Gli stranieri temporaneamente presenti, come i turisti, hanno diritto a ricevere le prestazioni urgenti e devono sostenere i costi correlati, chi è presente in modo irregolare nel territorio nazionale ha diritto alle cure urgenti, alle prestazioni minime essenziali, alle cure ambulatoriali urgenti in continuità attraverso attivazione STP (stranieri temporaneamente presenti), infine richiedenti asilo e beneficiari di protezione internazionale hanno diritto all'iscrizione al SSN, che garantisce loro accesso alle stesse cure dei cittadini italiani.

La Legge 38/2010 ha sancito il diritto all'accesso alle cure palliative per tutti i cittadini, compresi migranti regolarmente residenti e quelli temporaneamente presenti sul territorio italiano.

L'accesso a cure di qualità nel fine vita pur riconosciuto come un diritto umano, non è garantito a tutti si stima che globalmente nella popolazione generale solo il 14% delle persone che necessitano di cure palliative hanno accesso al servizio, le difficoltà di accesso per gli appartenenti a gruppi di popolazione più fragili è ulteriormente amplificata. La gran parte delle persone in carico a servizi di cure palliative appartengono ad una popolazione con caratteristiche omogenee, quali diagnosi principale di malattia neoplastica, traiettoria di malattia prevedibile, gruppo sociale dominante, supporto familiare e/o sociale, abitazione adeguata.

I cambiamenti sociali e la situazione geopolitica vedono un progressivo incremento delle persone che i loro paesi di origine per sfuggire a guerre, persecuzioni, condizioni climatiche estreme, povertà per cercare condizioni di vita migliori.

Scopo dello studio è valutare l'esperienza dell'hospice di un ospedale di terzo livello in un'area urbana nella presa in carico di pazienti migranti in fase terminale di malattia valutando le caratteristiche di questa popolazione rispetto alla popolazione generale.

METODO: Il presente studio è monocentrico retrospettivo; sono stati valutati tutti i pazienti ricoverati nel primo trimestre del 2025 presso l'hospice. Sono stati considerati migranti i pazienti di nazionalità non italiana alla nascita. Sono stati valutati le caratteristiche clinico-demografiche, il performance status (PS-ECOG, KPS, Barthel), lo stato nutrizionale, condizione sociale. Nel caso della popolazione migrante la presenza di una barriera linguistica, eventuale rientro in patria e modalità del medesimo. I dati sono stati analizzati e comparati tra popolazione italiana e migrante. È stata eseguita una statistica descrittiva; nel caso di variabili continue è stato eseguito un test T di student mentre in caso di variabili non continue è stato eseguito un test chi².

RISULTATI: Sono stati retrospettivamente valutati 72 pazienti (età media 73 anni $\pm$ 16, 51% maschi). La popolazione migrante ha rappresentato il 15% dei ricoveri del primo trimestre del 2025 (11 pazienti, 72% maschi). Rispetto alla popolazione italiana la popolazione migrante ha presentato un'età significativamente minore rispetto alla popolazione italiana (52 anni $\pm$ 19 vs 72 anni $\pm$ 12). Nella popolazione migrante la percentuale di uomini era superiore a quella della popolazione italiana seppur con valore non statisticamente significativo. Lo stato nutrizionale, gli score PS-ECOG e KPS non sono risultati differenti nei 2 gruppi, mentre il Barthel è risultato significativamente maggiore nei migranti (32 $\pm$ 34 vs 15 $\pm$ 24). I migranti sono supportati e ospitati da familiari adulti nel 63% dei casi ($p < 0,05$ vs italiani che lo sono nell'8% dei casi) diversamente i pazienti italiani nel 50% dei casi sono assistiti e vivono con coniuge/convivente. La dimissione per decesso è risultata più frequente nella popolazione italiana 90% vs 63%. La durata media della degenza è stata di 15 giorni $\pm$ 15, non significativamente diversa tra le 2 popolazioni, non sono risultate significativamente diverse neanche il tempo intercorso dalla diagnosi al decesso e la diagnosi d'ingresso. I migranti provenivano prevalentemente da Nord Africa (5/11) e Latino America (3/11). 3 pazienti avevano una barriera linguistica completa. 3 migranti hanno chiesto di rientrare in vita e in tutti i casi è stato

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

possibile, in 3 su 7 pazienti deceduti i familiari hanno richiesto ed organizzato il rientro della salma.

CONCLUSIONI: Il 15% dei pazienti ricoverati presso il nostro hospice nel primo trimestre 2025 è rappresentato da popolazione migrante, dato coerente con la percentuale di popolazione migrante presente nel territorio afferente alla nostra struttura che è il 14% della popolazione residente nello stesso territorio. La popolazione migrante è risultata significativamente più giovane, prevalentemente di sesso maschile; questi dati sono coerenti con la composizione della popolazione migrante presente nel territorio. Tra gli indicatori che descrivono la condizione globale dei pazienti la popolazione migrante ha avuto risultati migliori ma solo in relazione al Barthel dato di non univoca interpretazione, possono influire aspetti culturali ma anche il tentativo dei pazienti più giovani di mantenere anche in fase avanzata di malattia quante più autonomie possibili. Differenze sono evidenti anche nella composizione familiare e sociale con maggior presenza di gruppi familiari allargati nella popolazione migrante. Il rientro in patria è stato possibile per tutti coloro che ne hanno espresso il desiderio. Per avere una maggior significatività dei dati è necessario un tempo di osservazione più lungo e sarebbe auspicabile una base di osservazione più ampia con coinvolgimento di più centri e anche di setting diversi di assistenza.

BIBLIOGRAFIA: <https://www.salute.gov.it>

Palliative care [Internet]. [cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



I RISULTATI DELLA RIMODULAZIONE TERAPEUTICA DOPO L'ANALISI DI 334 PAZIENTI RICOVERATI IN HOSPICE INTRA OSPEDALIERO DA FEBBRAIO 2024 A MARZO 2025

Stefania Dell'Oro¹, Giulia Grignani¹, Edoardo Saporiti¹, Marta Poncato¹, Fabrizio Castagnino¹, Iared Alberton¹, Federico Vigorita¹, Luca Riva¹

¹SOCCure Palliative, Dipartimento della Fragilità, ASST Lecco, Lecco, Italia

SCOPO: I malati con bisogni di cure palliative vengono spesso ricoverati in degenza per acuti nell'ultimo mese di vita e riconosciuti morenti dagli specialisti d'organo solo negli ultimi giorni. Anche dopo la loro corretta identificazione e l'attribuzione del setting di cura da parte del palliativista, la terapia consigliata dai curanti alla dimissione è spesso inappropriata e richiede modifiche o interruzioni già dal primo giorno di ricovero in Hospice. Questo lavoro ha lo scopo di mettere in evidenza che la rimodulazione terapeutica da parte degli specialisti d'organo è un passaggio ancora critico che può condizionare negativamente la qualità di vita residua del malato.

METODO: I dati anagrafici, clinici e di ricognizione e riconciliazione farmacologica di tutti i pazienti ricoverati in Hospice vengono regolarmente registrati in una cartella clinica elettronica dedicata. Sulla base dei sintomi presenti al momento dell'ingresso in Hospice i farmaci precedentemente prescritti sono stati classificati sulla base dell'azione terapeutica e divisi in AM (Appropriate Medication finalizzata al controllo dei sintomi) e PIM (Potential Inappropriate Medication finalizzata a prevenire eventi); in seguito il medico ha indicato per ogni farmaco la sua continuazione, modifica o interruzione. Gli stessi dati sono stati raccolti nel periodo degli ultimi tre giorni di ricovero per valutare la successiva rimodulazione farmacologica.

RISULTATI: Da Febbraio 2024 a marzo 2025 sono stati ricoverati in Hospice 334 pazienti (52% maschi; 48% femmine); l'età mediana è risultata essere 81 anni (range 29-100). I pz con diagnosi di patologia oncologica sono stati 209/334 (62%). I pz con diagnosi non oncologica sono stati 125/334 (37%). Tra queste ultime le più rappresentate sono le demenze 42/126 (33%), seguite dalle cardiopatie 19/126 (15%) e le sepsi ad esito sfavorevole 16/126 (13%).

I pazienti provenienti da Reparti ospedalieri sono stati 253/334 (75%); quelli provenienti dal territorio 66/334 (20%) e quelli direttamente dal Pronto Soccorso 15/334 (5%). I reparti intraospedalieri che più spesso inviano in Hospice i pazienti sono quelli di area medica (190/253 pari al 75%); tra questi la Medicina precede l'Oncologia (89 vs 73 pz); seguono l'area delle neuroscienze 20/253 (8%) e l'area chirurgica 18/253 (7%).

La causa della fine presa in carico è stato il decesso per 312/334 pz (93%) e la dimissione per il restante 7% (10 inviati a domicilio con attivazione cure palliative domiciliari, 6 in altra struttura protetta).

Per i primi 100 pazienti per cui il dato è già disponibile il numero medio di farmaci prescritti alla dimissione è stato pari a 5 (range 0-13); le vie di somministrazione più frequentemente indicate sono state quella orale e quella endovenosa; la % dei pz per i quali era anche indicata una terapia condizionata dai sintomi è stata esigua (10%). Dopo il processo di rimodulazione all'ingresso il 67% dei farmaci sono stati interrotti poiché ritenuti inappropriati, il 45% modificati e il 62% continuati. Per quanto riguarda la seconda fase di rimodulazione (a carico quindi dei medici palliativisti) verranno presentati i dati relativi al n° di farmaci nei 3 gg precedenti la fine del ricovero per decesso in Hospice, la loro classificazione in base all'azione e via di somministrazione.

CONCLUSIONI: Dall'analisi preliminare di questo lavoro emerge già in modo chiaro che la maggior parte dei pazienti morenti riceve negli ultimi giorni di vita trattamenti futili o inappropriati, utilizzando vie di somministrazione poco confortevoli o sicure (ev/os) con impatto potenzialmente detrimentalmente sulla loro qualità di vita residua. Questo avviene soprattutto per i pazienti provenienti dai Reparti di Area Medica e affetti da patologia non oncologica (demenze in primis).

Da questa analisi "Real Life" su una casistica numericamente consistente per il periodo di osservazione (12 mesi) e valutata quindi da una Equipe Curante con criteri omogenei emerge l'urgenza e la necessità di continuare a promuovere nei Reparti per acuti la cultura della rimodulazione terapeutica nei pazienti morenti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Documento inter-societario sull'implementazione del servizio di medication review e deprescribing nei vari setting assistenziali <https://sifact.it> 2023
- Dharmarajan, T. S., Choi, H., Hossain, N., et al. (2020). Deprescribing as a Clinical Improvement Focus. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(3), 355-360. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.08.031>
- Lindsay, J., Dooley, M., Martin, J., et al. (2015). The development and evaluation of an oncological palliative care deprescribing guideline: the 'OncPal deprescribing guideline'. *Support Care Cancer*, 23(1), 71-8. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2322-0>.
- Paque, K., Vander, R., Elseviers, M., et al. (2019). Barriers and enablers to deprescribing in people with a life-limiting disease: a systematic review. *Palliative Medicine*, 33(1), 37-48. <https://doi.org/10.1177/0269216318801124>.
- Pasina, L., Recchia, A., Agosti, P., Nobili, A., & Rizzi, B. (2019). Prevalence of Preventive and Symptomatic Drug Treatments in Hospice Care: An Italian Observational Study. *The American journal of hospice & palliative care*, 36(3), 216-221. <https://doi.org/10.1177/1049909118794926>.
- Rausch, C., & Hoffmann, F. (2020). Prescribing medications of questionable benefit prior to death: a retrospective study on older nursing home residents with and without dementia in Germany. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 76(6), 877-885. <https://doi.org/10.1007/s00228-020-02859-3>.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TECNICHE MININVASIVE NEL DOLORE DA SINDROME MIOFASZIALE IN PAZIENTI ONCOLOGICI: FATTIBILITÀ IN UN AMBULATORIO DI CURE PALLIATIVE

Ana Maria Zuniga Guerrero¹, Annalisa Saetta¹, Chiara Provasoli², Alessandro Ripicini², Martina Giachello², Carlotta Pavesi³, Chiara Poggio², Luca Cullia⁴, Francesca Paragalli², Annamaria De Caria⁵, Prisca Elgomi Basevi¹, Laura Velutti¹

¹UO di Oncologia ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ²Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³Servizi Assistenziali, Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁴Csap Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁵Servizio di Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: Il dolore è il sintomo principale per cui i pazienti vengono inviati ad un ambulatorio di cure palliative. Questo sintomo può essere secondario alla malattia oncologica ma anche ad una patologia non oncologica presentata dal paziente. La gestione farmacologica del dolore, basata prevalentemente sull'uso di oppioidi e farmaci adiuvanti, può risultare in alcuni casi parzialmente efficace o scarsamente tollerata, specialmente nei pazienti con complessi profili clinici e polifarmacoterapia. In questo contesto, le tecniche mini-invasive - come le infiltrazioni miofasciali o periarticolari - possono offrire un utile complemento terapeutico, con l'obiettivo di migliorare il controllo del dolore e ridurre il carico farmacologico. La sindrome miofasciale è una condizione clinica frequentemente sottodiagnosticata nei pazienti oncologici, nonostante la sua alta prevalenza, stimata tra il 38% e il 45% nei pazienti con tumori in fase avanzata, e tra l'11,9% e il 44,8% nei pazienti long-survivors (Kawasaki et al., 2024; Arce Gálvez et al., 2023). Tale sottodiagnosi può essere attribuita alla limitata conoscenza del quadro clinico da parte di oncologi e palliativisti (Barbero et al., 2019). Evidenze recenti (Hasuo et al., 2025; Khoury et al., 2021) dimostrano l'efficacia delle infiltrazioni locali con anestetici e corticosteroidi nel trattamento del dolore miofasciale in ambito oncologico, con riduzione significativa del dolore riferito dai pazienti e un basso tasso di complicanze. A partire da tali premesse, il nostro obiettivo è stato quello di valutare la fattibilità dell'introduzione di una terapia con infiltrazioni miofasciali di un ambulatorio di cure palliative simultanee, nel contesto del nostro Istituto, un policlinico universitario situato nel nord Italia.

METODO: Nel corso del 2024, sono stati identificati 16 pazienti afferenti all'ambulatorio di cure palliative simultanee, che presentavano dolore attribuibile a sindrome miofasciale, diagnosticata sulla base della clinica e dell'identificazione di punti trigger. 15 pazienti hanno effettuato una procedura di infiltrazione con lidocaina (3 ml al 1%) e metilprednisolone (40 mg), un paziente ha effettuato 3 procedure. Le infiltrazioni sono state effettuate da un medico palliativista che aveva precedentemente svolto un periodo di affiancamento con un anestesista esperto in tecniche invasive per la gestione del dolore. Le procedure si sono svolte in ambulatorio. L'intensità del dolore è stata valutata mediante scala NRS (Numeric Rating Scale) prima della procedura, subito dopo e a 72 ore dalla stessa.

RISULTATI: Le infiltrazioni sono risultate ben tollerate da tutti i pazienti, senza alcun evento avverso segnalato. I pazienti hanno riferito un'ottima accettazione della procedura e la stessa è risultata facilmente gestibile anche in ambito ambulatoriale, con tempi di esecuzione contenuti. Nel nostro campione, il 50% dei pazienti ha riportato una riduzione del dolore $\geq 50\%$ sulla scala NRS.

CONCLUSIONI: I risultati sono in linea con quanto descritto nella letteratura: Hasuo et al. (2025) hanno riportato un beneficio clinico nel 70,8% dei pazienti trattati con lidocaina, mentre Khoury et al. (2021), in uno studio su donne con dolore post-mastectomia, hanno osservato beneficio nel 91,2% delle pazienti trattate con bupivacaina e corticosteroidi.

Nel nostro contesto, la procedura è stata gestita agevolmente da un medico palliativista con una formazione di base e non ha richiesto competenze anestesilogiche, suggerendo una buona trasferibilità della tecnica alla pratica clinica palliativa.

La sindrome miofasciale rappresenta una causa significativa e spesso trascurata di dolore nel paziente oncologico, con una prevalenza sottostimata nella pratica clinica. Il trattamento farmacologico sistemico, pur essendo centrale nella gestione del dolore oncologico, comporta rischi legati a effetti collaterali e interazioni tra farmaci. L'introduzione di tecniche mini-invasive, come le infiltrazioni miofasciali con anestetici locali e corticosteroidi, può offrire un valido supporto terapeutico, contribuendo a migliorare il controllo del dolore e ridurre il dosaggio delle terapie sistemiche. La nostra esperienza preliminare ha



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



dimostrato che queste tecniche sono sicure, ben tollerate, e realizzabili in ambulatorio da personale palliativista con una formazione mirata. La precoce identificazione e trattamento della sindrome miofasciale può inoltre contribuire a prevenire la cronicizzazione del dolore. Alla luce dei risultati ottenuti, riteniamo che l'infiltrazione miofasciale sia una pratica clinica potenzialmente integrabile nella routine degli ambulatori di cure palliative simultanee

BIBLIOGRAFIA:

1. Kawasaki N, Ishiki H, Arakawa S, Satomi E, Matsuoka H, Hasuo H. Myofascial pain syndrome in patients with cancer: a narrative review. *BMJ Support Palliat Care*. 2024 Aug 29;spcare-2024-005064.
2. Hasuo H, Ishiki H, Matsuda Y, Matsuoka H, Kosugi K, Xing M, Akiyama Y, Matsumoto Y, Ishikawa H. Trigger point injections for myofascial pain in terminal cancer: a randomized trial. *Pain Med*. 2025 Jan 1;26(1):14-21.
3. Khoury AL, Keane H, Varghese F, Hosseini A, Mukhtar R, Eder SE, Weinstein PR, Esserman LJ. Trigger point injection for post-mastectomy pain: a simple intervention with high rate of long-term relief. *NPJ Breast Cancer*. 2021 Sep 17;7(1):123.
4. Arce Gálvez L, Buitrago Martín CL, Guauque Marcelo CV, Valencia Gómez RE. Myofascial pain syndrome in the oncologic patient: general considerations. *Med Oncol*. 2023 Apr 18;40(5):153.
5. Barbero M, Schneebeli A, Koetsier E, Maino P. Myofascial pain syndrome and trigger points: evaluation and treatment in patients with musculoskeletal pain. *Curr Opin Support Palliat Care*. 2019 Sep;13(3):270-276



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE NEI PAZIENTI AFFETTI DA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UNO STUDIO LONGITUDINALE DI POPOLAZIONE

Cristina Moglia¹, Francesca Palumbo¹, Federica Riva-Rovedda³, Antonio Canosa^{1,2}, Umberto Manera^{1,2}, Rosario Vasta¹, Enrico Matteoni¹, Sara Cabras¹, Marco Clari³, Valerio Dimonte³, Adriano Chiò^{1,2}, Andrea Calvo^{1,2}

¹ Università di Torino, Dipartimento di Neurologia, Torino, Italia, ² AOUCittà della Salute e della scienza di Torino, SC Neurologia 1U, Torino, Italia, ³ Università di Torino, Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica e Pediatriche, Torino, Italia

SCOPO: Scopo. Negli ultimi decenni, si è osservata una crescente attenzione intorno al tema dell'autonomia e dell'autodeterminazione in materia di scelte sanitarie nelle malattie neurodegenerative, inclusa la Sclerosi Laterale Amiotrofica (1). La Pianificazione condivisa delle Cure è stata inclusa nelle ultime linee guida dei pazienti affetti da SLA (2). In Italia, la Legge 219/2017, entrata in vigore nel 2018, sottolinea l'importanza delle Direttive Anticipate di trattamento (ADs) come strumento per rispettare le preferenze dei pazienti in merito ai trattamenti sanitari (3). Tuttavia, solo pochissimi studi longitudinali hanno esplorato la reale diffusione della Pianificazione Condivisa delle Cure nei pazienti SLA, nonché il suo impatto sulla cura e l'assistenza di questa popolazione di pazienti. L'obiettivo di questo studio è valutare la diffusione della pratica di Pianificazione Condivisa delle Cure, i fattori clinici che correlano con tale pratica (ACP), e la loro efficacia nella gestione del fine vita dei pazienti SLA.

METODO: Metodo. Abbiamo retrospettivamente analizzato i dati di registro dei pazienti afferiti al Centro SLA di appartenenza dal 2008 al 2020. Sono stati raccolti dati demografici e clinici, nonché la frequenza della pianificazione condivisa delle cure, le preferenze dei pazienti riguardo il posizionamento della tracheostomia, e gli outcome di fine vita.

RISULTATI: Risultati. Dei 1215 pazienti inclusi, in 650 (53.4%) casi è stata effettuata una pianificazione condivisa delle cure. Abbiamo inoltre osservato una elevata concordanza (91.4%) di concordanza tra le preferenze espresse dai pazienti ed i trattamenti ricevuti. La diffusione della pianificazione condivisa delle cure è aumentata nel corso degli anni, passando da una media del 50.83% nel primo quadriennio (2008-2018), al 61.88% nell'ultimo triennio (2018-2020). Il tempo medio dell'avvio della Pianificazione è ridotto da 23.8 (SD 23.4) mesi nel primo quadriennio a 16.31 (SD 12.1) mesi nell'ultimo triennio. Fattori significativamente associati con la pianificazione condivisa delle cure includono il quadro cognitivo ($p = 0.031$) e l'utilizzo della ventilazione non invasiva ($p < 0.001$). In particolare, la presenza di deterioramento cognitivo ed il mancato utilizzo di supporti ventilatori non invasivi (es. NIMV) sono associati ad una ridotta probabilità di pianificazione delle cure ($p < 0.001$).

CONCLUSIONI: Conclusioni. Questi risultati sottolineano il ruolo essenziale della Pianificazione condivisa delle cure nella gestione dei pazienti affetti da SLA, mostrando una elevata concordanza tra le preferenze espresse dal paziente e i trattamenti ricevuti. Il quadro cognitivo è un fattore determinante, poiché associato ad una ridotta probabilità di essere coinvolti nelle scelte di fine vita. Questo sottolinea la necessità di individuare per tali pazienti tempistiche e modalità di comunicazioni più idonee, che tengano conto delle loro caratteristiche di malattia. Inoltre, la riduzione delle tempistiche di avvio della Pianificazione Condivisa delle cure nel corso degli anni, riflette un' aumentata attenzione del clinico intorno alle tematiche dell'autonomia. Sono necessari ulteriori interventi per diffondere l'utilizzo della pianificazione condivisa delle cure nei pazienti SLA, per poter supportare il diritto all'auto-determinazione ove possibile, nonostante il deterioramento cognitivo ed il carattere progressivo della malattia.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kruitwagen-Van Reenen ET, Scholten EWM, van Groenestijn A, Van Den Berg LH, Post MWM, Visser-Meily J. Participation and autonomy in the first 10 months after diagnosis of ALS: a longitudinal study. *Amyotroph Lateral Scler Frontotemporal Degener.* 2021 Nov;22(7-8):459-466. doi: 10.1080/21678421.2021.1893335. Epub 2021 Mar 8. PMID: 33683160.
2. Van Damme P, Al-Chalabi A, Andersen PM, Chiò A, Couratier P, De Carvalho M, Hardiman O, Kuzma-Kozakiewicz M, Ludolph A, McDermott CJ, Mora JS, Petri S, Probyn K, Reviers E, Salachas F, Silani V, Tysnes OB, van den Berg LH, Villanueva G, Weber M. European Academy of Neurology (EAN)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- guideline on the management of amyotrophic lateral sclerosis in collaboration with European Reference Network for Neuromuscular Diseases (ERN EURO-NMD). Eur J Neurol. 2024 Jun;31(6):e16264. doi: 10.1111/ene.16264.Epub 2024 Mar 12. PMID:38470068; PMCID:PMC11235832).
3. Law 219/2017 "Provisions for informed consent and advance treatment directives" in Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana S.G. n. 12. <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg>.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SEDAZIONE PALLIATIVA: ANALISI RETROSPETTIVA IN UN REPARTO OSPEDALIERO DI ONCOLOGIA MEDICA

Elena Speziale¹, Roberta Scafetta¹, Luca Galbato Muscio¹, Alessio Cortellini^{1,2}, Francesco Pantano¹, Bruno Vincenzi¹, Giuseppe Tonini¹, Tea Zeppola¹

¹ Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Via Alvaro del Portillo 200, 00128, Roma, Italy, Roma, Italia, ² Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, Hammersmith Hospital, London, UK, Londra, UNITED KINGDOM

SCOPO: La sedazione palliativa rappresenta un intervento clinico complesso e fondamentale per i pazienti oncologici con sintomi refrattari. Ha l'obiettivo di ridurre le loro sofferenze fisiche, psicologiche e spirituali. Diversi studi hanno analizzato la pratica della sedazione nei setting assistenziali residenziali (hospice) o domiciliari. Talvolta, tuttavia, in casi particolarmente avanzati o con peggioramento improvviso del quadro clinico, si rende necessario avviare la pratica direttamente in reparto ospedaliero. Questo studio si propone di descrivere e analizzare in modo sistematico le caratteristiche delle pratiche di sedazione palliativa adottate in un reparto di oncologia medica ospedaliero italiano, valutando la frequenza, gli aspetti clinici dei pazienti trattati, le indicazioni più comuni e le modalità di somministrazione dei farmaci. Inoltre, lo studio intende esplorare eventuali correlazioni tra variabili cliniche e i dosaggi dei farmaci utilizzati, al fine di migliorare l'appropriatezza terapeutica in contesti simili.

METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva su una coorte di 929 pazienti affetti da tumori solidi, ricoverati in un reparto di oncologia medica di un ospedale italiano tra settembre 2023 e settembre 2024. Sono stati inclusi nello studio solo i pazienti che hanno ricevuto sedazione palliativa continua e che sono deceduti durante il ricovero, per un totale di 41 soggetti. I dati clinici sono stati raccolti dai fascicoli elettronici e hanno incluso età, sesso, indice di massa corporea (BMI), stato nutrizionale (albuminemia, nutrizione artificiale), sede del tumore primitivo, presenza di metastasi, stato funzionale (ECOG PS), sintomi refrattari alla base della sedazione, dosaggi di morfina, midazolam e scopolamina e intervallo di tempo tra l'inizio della sedazione e la morte. La sedazione è stata sempre condotta nel rispetto delle linee guida internazionali, con il consenso dei pazienti e/o dei familiari.

RISULTATI: La frequenza di utilizzo della sedazione palliativa tra tutti i pazienti ricoverati è stata del 6,2%, ma ha raggiunto il 61,1% tra coloro che sono deceduti in reparto. L'età mediana dei pazienti sedati era di 68 anni, con una leggera prevalenza maschile. Il tumore del polmone era il più rappresentato (39%), seguito da neoplasie ginecologiche, gastrointestinali e genitourinarie. La maggior parte dei pazienti (85,4%) presentava malattia metastatica. Il 70,7% mostrava ipoalbuminemia e solo il 12,2% necessitava di supporto nutrizionale enterale o parenterale. I sintomi refrattari che hanno motivato la sedazione sono stati delirio (41,5%), dolore (31,7%) e dispnea (26,8%). Tutti i pazienti hanno ricevuto morfina, con una dose media al decesso di 37,3 mg, mentre l'82,9% ha ricevuto anche midazolam e il 43,9% anche scopolamina. È stata riscontrata una correlazione negativa significativa tra età e dosaggio di morfina, suggerendo un maggiore fabbisogno nei pazienti più giovani. Il tempo mediano tra l'inizio della sedazione e il decesso è stato di 24 ore, con un range molto ampio (1-210 ore). Una correlazione positiva è emersa tra la dose di midazolam e la durata in ore della sedazione. L'analisi multivariata ha confermato la correlazione statisticamente significativa tra l'età e il dosaggio di morfina.

CONCLUSIONI: Lo studio mette in evidenza gli aspetti più importanti della pratica della sedazione palliativa nel setting ospedaliero, differente rispetto ai setting assistenziali domiciliari e residenziali. I risultati sottolineano come l'età possa potenzialmente influenzare dosaggi farmacologici necessari per determinare una sedazione palliativa profonda riducendo lo stato di coscienza. La grande variabilità osservata nei tempi tra l'inizio della sedazione e il decesso evidenzia la complessità del processo e la necessità di un'attenta personalizzazione. Ulteriori studi multicentrici potranno confermare i risultati e guidare lo sviluppo di protocolli condivisi per migliorare la qualità delle cure di fine vita in ambito ospedaliero, per il paziente e per i caregiver.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

BIBLIOGRAFIA:

- [1] M. Arantzamendi et al., «Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review», *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 61, fasc. 4, pp. 831-844.e10, apr. 2021, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022.
- [2] P. Rodrigues, J. Crokaert, e C. Gastmans, «Palliative Sedation for Existential Suffering: A Systematic Review of Argument-Based Ethics Literature», *J. Pain Symptom Manage.*, vol. 55, fasc. 6, pp. 1577–1590, giu. 2018, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.01.013.
- [3] M. M. Dean, V. Cellarius, B. Henry, D. Oneschuk, e S. L. Librach Canadian Society Of Palliative Care Physicians Taskforce, «Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada», *J. Palliat. Med.*, vol. 15, fasc. 8, pp. 870–879, ago. 2012, doi: 10.1089/jpm.2011.0498.
- [4] D. A. Howell et al., «Preferred and actual place of death in haematological malignancy», *BMJ Support. Palliat. Care*, vol. 7, fasc. 2, pp. 150–157, giu. 2017, doi: 10.1136/bmjspcare-2014-000793.
- [5] A. Driessen, E. Borgstrom, e S. Cohn, «Placing death and dying: Making place at the end of life», *Soc. Sci. Med.*, vol. 291, p. 113974, dic. 2021, doi: 10.1016/j.socscimed.2021.113974.
- [6] A. Collier, J. L. Phillips, e R. Iedema, «The meaning of home at the end of life: A video-reflexive ethnography study», *Palliat. Med.*, vol. 29, fasc. 8, pp. 695–702, set. 2015, doi: 10.1177/0269216315575677.
- [7] C. Hedman, A. Rosso, O. Häggström, C. Nordén, C. J. Fürst, e M. E. C. Schelin, «Sedation in specialized palliative care: A cross-sectional study», *PLOS ONE*, vol. 17, fasc. 7, p. e0270483, lug. 2022, doi: 10.1371/journal.pone.0270483.
- [8] A. C. M. Garcia, G. M. Isidoro, E. M. D. C. Paiva, A. E. Silva, I. C. P. Costa, e H. Bornemann-Cimenti, «Palliative Sedation at Home: A Scoping Review», *Am. J. Hosp. Palliat. Care*, vol. 40, fasc. 2, pp. 173–182, feb. 2023, doi: 10.1177/10499091221096412.
- [9] E. Prommer, «Midazolam: an essential palliative care drug», *Palliat. Care Soc. Pract.*, vol. 14, p. 2632352419895527, 2020, doi: 10.1177/2632352419895527.
- [10] L. Martin et al., «Diagnostic criteria for the classification of cancer-associated weight loss», *J. Clin. Oncol. Off. J. Am. Soc. Clin. Oncol.*, vol. 33, fasc. 1, pp. 90–99, gen. 2015, doi: 10.1200/JCO.2014.56.1894.
- [11] J. M. Argilés, F. J. López-Soriano, M. Toledo, A. Betancourt, R. Serpe, e S. Busquets, «The cachexia score (CASCO): a new tool for staging cachectic cancer patients», *J. Cachexia Sarcopenia Muscle*, vol. 2, fasc. 2, pp. 87–93, giu. 2011, doi: 10.1007/s13539-011-0027-5.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



VALUTAZIONE PRECOCE DEI SINTOMI IN ONCOLOGIA: L'ESAS PUÒ ESSE CONSIDERATO UNO STRUMENTO ATTUALE?

Giuseppina Patri Dognini¹, Fausto Petrelli¹, Mauro Rossitto¹, Lorenzo Dottorini¹, Karen Francesca Borgonovo¹, Mara Ghilardi¹, Chiara Parati¹, Daniela Petró¹, Oscar Corli²

¹ ASST Bergamo Ovest, Ospedale di Treviglio, UO Oncologia, Treviglio, Italia, ² IRCCS Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri, Dip. di Oncologia, Unità di ricerca nel dolore e cure palliative, Milano, Italia

SCOPO: La valutazione dei sintomi nei pazienti oncologici è fondamentale per fornire cure adeguate ed efficaci. Tra gli strumenti valutativi più utilizzati in questo ambito vi è l'Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) che prevede la compilazione di un questionario da parte del paziente (o di un caregiver su indicazione del paziente stesso) con l'attribuzione di un punteggio da 0 a 10 per ciascuno dei seguenti sintomi: dolore, stanchezza, malessere, depressione, ansia, sonnolenza, difficoltà a respirare, mancanza di appetito, nausea, altro (con possibilità di specificare). Il valore 0 indica l'assenza del sintomo e 10 la peggior intensità possibile.

L'utilizzo dell'ESAS è ormai consolidato nei pazienti con malattia oncologica in fase avanzata e candidati alle sole cure palliative. Tuttavia, il suo utilizzo in setting precoce (ad esempio nelle cure palliative simultanee quando il paziente riceve ancora un trattamento oncologico attivo, oppure in fase diagnostica quando l'iter successivo non è ancora stato definito) è stato poco esplorato.

Tra gli obiettivi di questo studio vi sono: la valutazione dei sintomi in setting precoce in un campione di pazienti afferenti presso una UO Oncologia, l'identificazione dei sintomi predominanti e della loro intensità in relazione alla sede di neoplasia, la valutazione della correlazione tra il punteggio ESAS, la sede di neoplasia e le variabili di sopravvivenza.

METODO: In questo studio retrospettivo monocentrico sono stati inclusi pazienti con le seguenti caratteristiche: età ≥ 18 anni, diagnosi di neoplasia maligna in ogni stadio (secondo TNM), malattia in fase "attiva" (cioè motivo dell'accesso in reparto o ambulatorio, anche per eventuali sintomi correlati al tumore o ai trattamenti), paziente in grado di quantificare i sintomi.

Ad ogni paziente incluso è stato somministrato il questionario ESAS con particolare riferimento alle ultime 24 ore. Per ogni paziente sono stati raccolti i dati anamnestici, le informazioni circa la neoplasia, le sue complicanze e i parametri di sopravvivenza.

RISULTATI: Sono stati valutati 128 pazienti (età media 70 anni, MF=1.28), il 67% proveniente dal reparto e il 33% dall'ambulatorio di cure simultanee. Le neoplasie più rappresentate sono state: pleura/polmone (N=29), mammella (19), gastrointestinale (14), pancreas (12), ginecologico (9), genitourinario (13), fegato (5), ORL (5), linfoma/mieloma (8), altro (14).

I pazienti sono stati suddivisi in tre gruppi ESAS in accordo con il punteggio totale: gruppo 1 (punteggio tra 0 e 39=92 pz), gruppo 2 (tra 40 e 59=30 pz), gruppo 3 (> 60 =6 pz). Non si sono evidenziate differenze statisticamente significative in relazione al compilatore (paziente vs familiare/caregiver vs personale sanitario, $p=0,697$). Per quanto riguarda l'analisi di sopravvivenza si è osservata invece una differenza statisticamente significativa tra: Gruppo 1 vs Gruppo 3 ($p<0,001$) e Gruppo 2 vs Gruppo 3 ($p<0,001$). Inoltre il gruppo 3, rispetto al gruppo 1 mostrava un hazard ratio pari 2.77 (CI=0.98-7). Il punteggio ESAS > 60 correlava quindi con una sopravvivenza significativamente inferiore rispetto a punteggi più bassi. Inoltre i pazienti ricoverati avevano un rischio di morte circa 3 volte maggiore rispetto a quelli ambulatoriali ($p<0,005$). Per quanto riguarda la valutazione del punteggio ESAS in relazione alle sedi di neoplasia, alcune sedi (pancreas, mammella) avevano una mediana di punteggio ESAS più elevata.

Nello studio dei singoli sintomi, quelli di intensità maggiore sono stati: astenia (NRS media 5.17), dolore (NRS media 3.95), sonnolenza (NRS media 3.89), malessere (NRS media 3.41), anoressia (NRS media 3.03). Nessun singolo sintomo ha dimostrato un chiaro impatto sulla sopravvivenza, tuttavia il dolore era più severo nei pazienti ricoverati. Sono state osservate inoltre alcune correlazioni in cluster: astenia-sonnolenza, ansia-depressione, anoressia-nausea. Alcuni sintomi (ansia, depressione e dispnea) sono risultati più intensi in alcune neoplasie rispetto alle altre (dispnea in tumori polmonari, ansia in mammella).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ASSESSMENT DELLA QUALITY OF LIFE NEI TRIAL CLINICI PER NEOPLASIE DEL DISTRETTO TESTA-COLLO: REVISIONE SISTEMATICA DELLA LETTERATURA

Giacomo Neri¹, Daria Maria Filippini¹, Francesca Carosi¹, Olimpia Panepinto², Elisabetta Nobili¹, Nastassja Tober³, Raffaele Giusti⁴, Massimo Di Maio²

¹ IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Oncologia Medica, Bologna, Italia, ² AOUCittà della Salute e della Scienza di Torino, Dipartimento di Oncologia, Torino, Italia, ³ Dipartimento di Medicina Traslazionale, Università Piemonte Orientale, Novara, Italia, ⁴ Ospedale Sant'Andrea, Unità di Oncologia Medica, Roma, Italia

SCOPO: I pazienti affetti da neoplasie del distretto testa-collo (HNC) affrontano un burden notevole, determinato sia dalla sintomatologia correlata al tumore sia dalle tossicità indotte dai trattamenti. La valutazione della qualità di vita (QoL) riveste un ruolo cruciale per comprendere l'impatto fisico e psicologico in questa popolazione. Obiettivo primario dello studio è stato determinare in quale misura la QoL sia stata inclusa come endpoint negli studi clinici di fase II e III condotti su pazienti con HNC negli ultimi 15 anni.

METODO: Il team di ricerca ha effettuato una revisione sistematica delle pubblicazioni provenienti da 11 riviste scientifiche di alto impatto, al fine di identificare studi clinici randomizzati e non randomizzati di fase II e III, riguardanti trattamenti locoregionali e sistemici, in monoterapia o in strategie multimodali, pubblicati tra il 2008 e marzo 2023 in pazienti con HNC.

RISULTATI: Sono stati analizzati 2045 studi, di cui 158 soddisfacevano i criteri di eleggibilità, per un totale di 31.734 pazienti. La QoL è stata considerata endpoint primario in 2 pubblicazioni (1%), secondario in 38 (24%) ed esplorativo in 7 (4%). La proporzione di studi che includevano la QoL tra gli endpoint è aumentata nel tempo: 14 pubblicazioni (17%) tra il 2008 e il 2015, e 33 (42%) tra il 2016 e il 2023. Nei trial di fase III, la QoL è stata inclusa tra gli endpoint in 30 pubblicazioni (49%), rispetto a 17 (17%) negli studi di fase II.

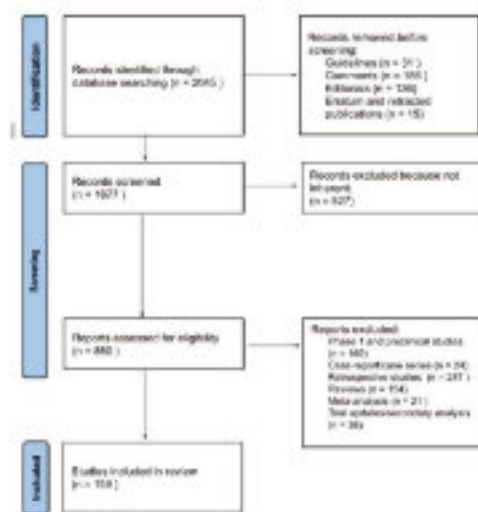


Fig. 1 – PRISMA 2020 flow diagram for new systematic reviews

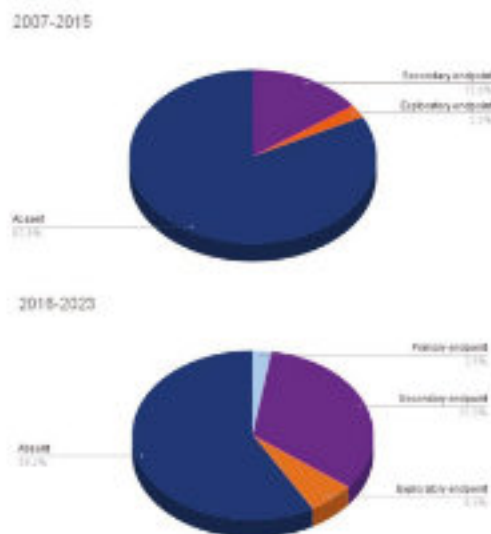


Fig. 2 – Quality of Life (QoL) as endpoint in Clinical Trials

CONCLUSIONI: Nei pazienti con HNC, la valutazione sistematica della qualità di vita come endpoint negli studi clinici risulta ancora ampiamente sottoutilizzata, anche nei trial di fase III. È auspicabile un impegno maggiore nell'integrazione dei Patient-Reported Outcomes (PROs) nei protocolli sperimentali, al fine di migliorare la definizione del valore terapeutico in questa popolazione vulnerabile.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

BIBLIOGRAFIA:

1. Sung, H. 'Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries'
2. Cavaliere, S. 'Immunotherapy in head and neck squamous cell carcinoma and rare head and neck malignancies'
3. Bianchini, C. 'Pain in head and neck cancer patients: the role of gender'
4. Epstein, J.B. 'A systematic review of orofacial pain in patients receiving cancer therapy'
5. García-Peris, P. 'Long-term prevalence of oropharyngeal dysphagia in head and neck cancer patients: impact on quality of life'
6. Kraaijenka, S.A.C. 'Assessment of voice, speech, and related quality of life in advanced head and neck cancer patients 10-years+ after chemoradiotherapy'
7. Rinkel, R.N. 'Prevalence of swallowing and speech problems in daily life after chemoradiation for head and neck cancer based on cut-off scores of the patient-reported outcome measures SWAL-QOL and SHI'
8. Gould, L. 'Care of head and neck cancer patients with swallowing difficulties'
9. Langius, J.A.E. 'Critical weight loss is a major prognostic indicator for disease-specific survival in patients with head and neck cancer receiving radiotherapy'
10. Orell-Kotikangas, H. 'Cachexia at diagnosis is associated with poor survival in head and neck cancer patients'
11. Nayak, S.G. 'Quality of life of patients with head and neck cancer: a mixed method study'
12. Di, Mai M. 'Patient-reported outcomes in the evaluation of toxicity of anticancer treatments'
13. Singer, S. 'Performance of the EORTC questionnaire for the assessment of quality of life in head and neck cancer patients EORTC QLQ-H&N35: a methodological review'
14. Heutte, N. 'Quality of life tools in head and neck oncology'
15. Page, M.J. 'The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews'



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ANALISI DI PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE REDATTE NELLE CARTELLE DEL NODO DOMICILIO DELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE

Katia Assimakis¹, Alice Serafini¹, Maria Grazie Bonesi¹, Francesca Borsari¹, Cecilia Preci¹, Simone Cernesi¹, Anna Tusini¹, Gaetano Feltri¹, Erica Salvo¹

¹Dipartimento Cure Primarie Ausl Modena, MO, Italia

SCOPO: Lo studio si propone di analizzare la frequenza di compilazione delle Pianificazioni Condivise delle Cure (PCC) e il contenuto qualitativo delle relative schede nelle cartelle cliniche dei pazienti presi in carico dal Nodo Domicilio Cure Palliative nel 2023. L'obiettivo è individuare punti di forza e criticità nella redazione delle cartelle, con particolare attenzione all'efficacia di questo strumento nel supportare la Medicina Generale, gli operatori della Rete Locale di Cure Palliative, il Servizio Emergenza Urgenza e la Continuità Assistenziale nel rispetto della legge 38/2010 e della legge 219/2017 che tutelano il diritto alla dignità e all'autodeterminazione del malato.

METODO: Indagine osservazionale condotta autonomamente analizzando un campione di 50 cartelle cliniche relative a pazienti assistiti a domicilio nell'ambito delle Cure Palliative e per i quali l'assistenza si è conclusa nel 2023.

INDICATORI:

Per ognuna delle 50 cartelle oggetto di studio chiuse e riconsegnate al Servizio Assistenza Domiciliare Cure Palliative nell'anno 2023 sono stati presi in considerazione i seguenti indicatori:

- sesso
- età
- diagnosi (oncologica/non oncologica)
- presenza della scheda PCC (sì/no).

Laddove la scheda PCC risultava compilata si sono valutate le seguenti voci:

- Nominale del fiduciario e grado di parentela
- Figure presenti all'incontro (medico di Medicina Generale, medico con speciale interesse in Cure Palliative, infermiere, caregiver, assistente sociale, amministratore di sostegno)
- Volontà del paziente
- Volontà dei familiari
- Volontà di terapia e ricovero
- Esplicitazione della volontà di sedazione
- Commenti liberi

I dati raccolti sono stati trascritti in una griglia Excel e analizzati sia quantitativamente (valori assoluti e percentuali), sia qualitativamente. Alcune domande prevedevano risposta dicotomica (SÌ/NO), altre lasciavano spazio a osservazioni descrittive.

RISULTATI: Sono state analizzate 50 cartelle relative all'anno 2023 di cui 28 facevano riferimento a pazienti di sesso maschile e 22 a pazienti di sesso femminile aventi un'età media di 82,6 anni (età minima 28, età massima 101). Di questi pazienti il 56% soffriva di patologia oncologica mentre il 44% soffriva di patologie non oncologiche. Le PCC risultano compilate nel 62% dei casi analizzati, segnalando un impatto positivo delle attività di formazione e sensibilizzazione rivolte ai Medici di Medicina Generale (il 100% delle PCC è stato compilato in presenza del MMG) e all'equipe infermieristica.

Durante i colloqui vengono generalmente affrontati temi rilevanti come le volontà del paziente e della famiglia, le preferenze terapeutiche e il desiderio (o meno) di ricovero. Il paziente è sempre presente durante gli incontri ma la sua volontà esplicita risulta nell'83,87% dei casi, nel dettaglio dei singoli item emergono definizioni generiche come 'no accanimento terapeutico' e non una precisa descrizione rispetto a scelte terapeutiche come ad esempio la sospensione di alcuni farmaci e l'utilizzo degli oppioidi.

La volontà relativa alla sedazione è affrontata raramente (16,13% dei casi di cui solo il 9,68% è favorevole), indicando una zona grigia della comunicazione clinica.

Il fiduciario è nominato nel 90,32% dei casi.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Un altro elemento critico emerso è la scarsa presenza della figura del medico esperto in Cure Palliative, figura professionale rilevante nei contesti di fragilità e nella mediazione comunicativa. Inoltre l'analisi ha messo in luce una forte disomogeneità nella forma e nei contenuti delle schede PCC, evidenziando la mancanza di un modello standard condiviso.

CONCLUSIONI: Sebbene il campione sia numericamente contenuto e non rappresenti l'intera popolazione assistita, i dati raccolti offrono utili spunti di riflessione.

La percentuale di compilazione delle PCC indica una buona sensibilizzazione sull'argomento seppur migliorabile. Inoltre viene colta l'importanza della nomina del fiduciario.

Una compilazione strutturata e corretta delle PCC consente una pianificazione delle cure coerente con i desideri del paziente, evitando interventi sanitari non necessari migliorando la qualità del fine vita.

Tuttavia la letteratura e l'esperienza di analisi del campione di cartelle cliniche suggeriscono che la comunicazione su temi delicati come la sedazione palliativa resta ancora troppo spesso informativa, più che realmente condivisa.

Barriere culturali, etiche e religiose, nonché tabù sul morire, ostacolano un confronto aperto sul fine vita.

Per superare questi limiti, si raccomanda di intensificare la formazione degli operatori sanitari, con particolare enfasi sulle competenze comunicative e sull'utilizzo di strumenti validati come il protocollo SPIKEs e la REDMAP, finalizzati a gestire la comunicazione di notizie difficili e a promuovere una reale condivisione del percorso decisionale.

Altro argomento da valutare è l'eventuale utilizzo di un modulo standard che da un lato faciliterebbe la discussione dei punti salienti ma dall'altro potrebbe irrigidire la comunicazione e la relazione medico-paziente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Legge 38/2010, art. 2 – Definizioni
2. Istituto Superiore di Sanità
3. OMS (2007), ICF-CY – International Classification of Functioning, Disability and Health
4. Ministero della Salute
5. Carlo Peruselli, Le Cure Palliative Precoci, *Recenti Prog Med*, 2015
6. Gazzetta Ufficiale n. 65 del 19 marzo 2010
7. Legge 219/2017
8. L. De Panfilis, La Pianificazione Condivisa delle Cure: il valore di un diritto?
9. H.D. Silverman, L'arte di comunicare cattive notizie
10. Buckman R., La comunicazione della diagnosi in casi di malattie gravi, Raffaello Cortina, 2003
11. Baile W.F. et al., SPIKES – A Six-Step Protocol for Delivering Bad News, *The Oncologist*
12. Gordon M. et al., "Bad News" Communication in Palliative Care, 2007



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



GO-WISH GAME: UN AIUTO PER REDAZIONE DELLE POCO DEL PAI? UNO STUDIO DI FATTIBILITÀ IN DUE RSA LOMBARDE

Irene Baronchelli¹, Magda Fontanella¹, Andrea Millul², Paola Manzoni¹, Alice Barelli¹

¹ Il Biffo Villa dei Cedri, Merate, Italia, ² Istituti Riuniti Airoldi Muzzi, Lecco, Italia

SCOPO: Utilizzare le carte Go-Wish® per favorire la cura delle persone ricoverate all'interno di una RSA. Attraverso l'utilizzo delle carte Go-Wish®, un mazzo di 39 carte, per forma e dimensioni uguali alle normali carte da gioco, si può approfondire la conoscenza con domande e suggestioni sulla vita, il proprio vissuto, le paure, i dubbi e i pensieri che difficilmente lasciamo emergere in superficie e che spesso rimangono in attesa nelle pieghe nascoste tra emozione e razionalità.

L'obiettivo è accompagnare la riflessione e la conversazione intorno a temi difficili, intimi e complessi: i valori, i desideri e le attese delle persone rispetto al percorso di malattia e al fine vita, in linea con quanto previsto dalla legge³ che norma la cosiddetta Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

Le carte Go-Wish® possono peraltro essere un utile strumento per definire in modo chiaro, condiviso e personalizzato gli obiettivi definiti all'interno del Piano Assistenziale Individuale (PAI), aiutando l'equipe a migliorare gli interventi per raggiungere quegli obiettivi/desideri.

Lo studio vuole verificare se l'esperienza di utilizzo del Go-Wish® Game nell'ambito delle RSA rappresenti un approccio sostenibile e diffusibile, al fine di rendere il suo utilizzo routinario per migliorare il rapporto di cura dell'equipe con le persone ricoverate e con i loro familiari.

METODO: Da alcuni mesi si è introdotto l'utilizzo sperimentale delle carte Go-Wish® in un sottogruppo di persone residenti in RSA (pazienti con sclerosi laterale amiotrofica, ospiti geriatrici cognitivamente competenti, familiari di persone con deficit cognitivo). La persona ricoverata è informata che la relazione stilata viene condivisa con gli operatori e, se desiderato, con i familiari.

Lo studio vede coinvolte le persone ricoverate in grado di esprimere i propri desideri e le proprie volontà, in alternativa, in caso di persona cognitivamente non competente, le carte vengono proposte ai loro familiari per ricostruire le conoscenze che la famiglia ha dei desideri della persona ricoverata.

Una volta acquisito il consenso alla somministrazione delle carte da parte della persona ricoverata o del suo fiduciario/amministratore di sostegno, le carte Go-Wish® vengono mostrate alla persona ricoverata o al familiare con la mediazione della psicologa o della bioeticista della struttura. Le carte vengono lette una alla volta e suddivise per grado d'importanza: molto importante, importante, per nulla importante. È stata aggiunta la categoria altro per lasciare la libertà di attribuire un significato diverso alla carta presentata. Si raccolgono inoltre le riflessioni che arrivano dalla persona dopo la lettura di ogni singola carta. La psicologa e la bioeticista redigono una relazione seguendo uno schema prestabilito che viene inserito in cartella clinica, a disposizione dell'equipe, che la può utilizzare in fase di redazione delle PCC del PAI.

RISULTATI: I risultati di questa prima fase hanno consentito di verificare che le carte Go-Wish® possono rappresentare una possibilità di approfondimento della comunicazione nel rapporto di cura: ad oggi sono state redatte in 28 persone ricoverate (24 pazienti con SLA) e 4 in familiari di persone non competenti. In tutti i casi di SLA hanno facilitato la redazione di formali PCC, aiutando a definire l'assetto valoriale di riferimento per il paziente, consentendo loro di esprimere con precisione le proprie volontà sia di accettazione che di revoca nei consensi alle cure. In tutti i casi la stesura del PAI ha tenuto conto di quanto emerso dalla lettura condivisa in equipe delle relazioni stilate dopo la somministrazione delle carte Go-Wish®.

La lettura delle carte ha consentito alle persone ricoverate di riflettere, ma anche di esplicitare alcuni aspetti della loro vita e della malattia. Ai familiari che leggono le carte per conto del proprio familiare è stata data la possibilità di portare l'attenzione sulla malattia e sulla sua evoluzione, portando l'attenzione sulle volontà e i desideri del proprio caro e mettendole a confronto con le proprie aspettative.

Le aree di riflessione emerse sono state poi riprese in equipe con la persona ricoverata o con il familiare durante la compilazione del PAI. Alcune delle carte sono state utili per favorire una definizione chiara della Pianificazione Condivisa delle Cure, ma anche e soprattutto per orientare l'equipe e la persona stessa nel definire quali sono gli obiettivi importanti da definire nella stesura del PAI.

L'indagine qualitativa con cui verrà monitorato lo studio si propone di mettere a confronto le aree di interesse emerse dalla lettura delle carte Go-Wish® con gli obiettivi definiti nel PAI.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Quanto intrapreso in questa prima fase ha evidenziato la possibile doppia veste del Go-Wish® Game, mediante una diretta valorizzazione chiara dei desideri e dei valori, attraverso la PCC, della persona di cui ci prendiamo cura, ma anche tramite una loro traduzione concreta in interventi e gesti di cura che permetta che questi desideri e valori siano soddisfatti e valorizzati attraverso una redazione del PAI, realmente individualizzato dopo l'introduzione delle carte, al di là delle valutazioni multidimensionali a carattere clinico-funzionale.

Resta da definire con una maggiore numerosità campionaria il possibile valore estensivo di tale approccio (Patient Oriented) nell'incrementare il coinvolgimento attivo delle persone ricoverate in RSA.

BIBLIOGRAFIA:

1. Perin M, Tanzi S, Botrugno C, Craddock C, Menkin E, Peruselli C, De Panfilis L. Translation and Cultural Adaptation of the GoWish Game: Thinking About Personal Values to Promote Advance Care Planning. *J Palliat Med.* 2022 Oct;25(10):1540-1550. doi: 10.1089/jpm.2022.0083. Epub 2022 Jul 21. PMID: 35862002.
2. Mortari, L. (2006). *La pratica dell'aver cura*. Bruno Mondadori
3. Legge n.219 del 22 dicembre 2017



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



REVISIONE DELLA LETTERATURA EUROPEA PER DESCRIVERE LE ESIGENZE MULTIDIMENSIONALI DEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA CARDIACA AVANZATA E DEI LORO CAREGIVER

Cosimo Chelazzi^{1,2}, Daniele Marelli¹, Carla Ida Ripamonti¹, Matteo Pagnesi³, Marco Metra^{1,3}, Philip Larkin⁴, Carlo Leget⁵, Klaus Witte⁶, Everlien de Graaf⁷

¹ Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia, ² S.C. Cure Palliative e ADI, ASST Spedali Civili Brescia, Brescia, Italia, ³ Istituto di cardiologia, ASST Spedali Civili, Università di Brescia, Brescia, Italia, Brescia, Italia, ⁴ Lausanne University Hospital and University of Lausanne, Lausanne, Switzerland, Losanna, SWITZERLAND, ⁵ Department of Care Ethics, University for Humanistic Studies, Utrecht, The Netherlands, Utrecht, THE NETHERLANDS, ⁶ University of Leeds, Leeds, UK, Leeds, UNITED KINGDOM, ⁷ Universiteit Medisch Centrum Utrecht, The Netherlands, Utrecht, THE NETHERLANDS

SCOPO: L'insufficienza cardiaca cronica è una condizione clinica che influisce in modo significativo sulla qualità della vita (QV) dei pazienti e dei loro caregiver. Le esigenze e le preoccupazioni dei pazienti sono complesse e vanno oltre i sintomi fisici includendo le dimensioni psicologiche, socio-finanziarie e spirituali. Nonostante i progressi nella gestione clinica dell'insufficienza cardiaca cronica, quest'altro tipo di esigenze spesso rimane disatteso. Questa scoping review esplora la letteratura peer-reviewed sulle esigenze e le preoccupazioni quadridimensionali dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica avanzata e dei loro caregiver in Europa.

METODO: È stata eseguita una ricerca sistematica nei database MEDLINE, WOS, EMBASE, PsycINFO, CINHAL e Cochrane Library includendo tutti gli studi pertinenti pubblicati dal 2000 al 2024, il cui focus principale erano i bisogni multidimensionali dei pazienti con insufficienza cardiaca cronica e dei loro caregiver in Europa. Sono stati identificati in totale 1.393 record, di questi 1.273 sono stati esclusi. Dei 120 articoli restanti solamente 34 sono stati ritenuti idonei ed inclusi per l'estrazione dei dati di 886 pazienti e 525 caregiver.

RISULTATI: I sintomi fisici con maggior prevalenza sono risultati essere astenia (32,4%) e dispnea (29,4%), mentre ansia (41,2%) e depressione (38,2%) quelli psicologici.

Dal punto di vista socio-finanziario predominano bisogno di comunicazione medico-paziente (44,1%) e senso di isolamento (32,4%) riflettendo le lacune nei sistemi di sostegno.

Dal punto di vista spirituale emergono mantenimento delle autonomie e della lucidità (44,1%) e speranza (29,4%), evidenziando il bisogno di significato dei pazienti.

Nei caregiver emergono carico emotivo (29,4%) e fisico del prendersi cura dei pazienti ininterrottamente (14,7%), affiancati dalla limitata comunicazione con gli operatori sanitari (26,5%).

CONCLUSIONI: Questi risultati sottolineano un sempre crescente bisogno di cure integrate, che affrontino sia le dimensioni fisiche che quelle psicologiche, socio-finanziarie e spirituali. Questa scoping review conferma che dispnea refrattaria e astenia sono prevalenti nei pazienti con insufficienza cardiaca cronica avanzata. Altri tassi di ansia e depressione hanno un significativo impatto su QV e outcome. Le preoccupazioni socio-finanziarie, comunicative e spirituali sono sottovalutate.

Implementare una presa in carico globale, utilizzando strumenti come la pianificazione delle cure e l'integrazione delle cure palliative, può migliorare outcome e QV.

I caregiver sperimentano significativi oneri fisici, psicologici, socio-finanziari e spirituali che spesso non vengono affrontati e influiscono sulla qualità delle cure che forniscono. Pertanto rispondere a queste esigenze è fondamentale per alleviare lo stress dei caregiver e migliorare la qualità di vita di caregiver e pazienti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

1. Andersson L. Br J Community Nurs. 2012;17:630-637. doi:10.12968/bjcn.2012.17.12.630
2. Boyd KJ. Eur J Heart Fail. 2004;6:585-591. doi:10.1016/j.ejheart.2003.11.018
3. Brännström M. Scand J Caring Sci. 2007;21:338-344. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00485.x
4. Browne S. PLoS ONE. 2014;9:e93288. doi:10.1371/journal.pone.0093288
5. Chester R. Ann Palliat Med. 2021;10:7416-7427. doi:10.21037/apm-21-709
6. Cortis JD. Int Nurs Rev. 2007;54:263-270. doi:10.1111/j.1466-7657.2007.00558.x
7. Durante A. J Adv Nurs. 2022;78:3034-3047. doi:10.1111/jan.15345
8. Durante A. J Adv Nurs. 2021;78:264-275. doi:10.1111/jan.15078
9. Falk S. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6:192-199. doi:10.1016/j.ejcnurse.2006.09.002
10. Finamore P. Aging Clin Exp Res. 2020;33:407-417. doi:10.1007/s40520-020-01549-5
11. Fitzsimons D. J Cardiovasc Nurs. 2019;34:11-19. doi:10.1097/jcn.0000000000000516
12. Fry M. BMC Fam Pract. 2016;17:1. doi:10.1186/s12875-016-0537-5
13. Gallacher K. Ann Fam Med. 2011;9:235-243. doi:10.1370/afm.1249
14. Gonzalez-Jaramillo V. Front Cardiovasc Med. 2022;9. doi:10.3389/fcvm.2022.866794
15. Harding R. J Pain Symptom Manage. 2008;36:149-156. doi:10.1016/j.jpainsymman.2007.09.012
16. Mahoney-Davies G. Br J Card Nurs. 2017;12:192-198. doi:10.12968/bjcn.2017.12.4.192
17. Mollpatrick S. Palliat Med. 2017;32:881-890. doi:10.1177/0269216317743958
18. Murray SA. J Pain Symptom Manage. 2007;34:393-402. doi:10.1016/j.jpainsymman.2006.12.009
19. Nordfonn OK. J Clin Nurs. 2019;28:1782-1793. doi:10.1111/jocn.14799
20. Nordgren L. Qual Health Res. 2007;17:4-13. doi:10.1177/1049732306296387
21. Oriani A. Ann Palliat Med. 2019;8:775-780. doi:10.21037/apm.2019.08.10
22. Pattenden JF. Eur J Cardiovasc Nurs. 2007;6:273-279. doi:10.1016/j.ejcnurse.2007.01.097
23. Paturzo M. Ann Ig. 2016;28:263-273. doi:10.7416/ai.2016.2105
24. Pihl E. Eur J Heart Fail. 2005;7:583-589. doi:10.1016/j.ejheart.2004.07.016
25. Romanò M. Healthcare. 2022;10:1031. doi:10.3390/healthcare100610
26. Ross L. J Nurs Manag. 2013;23:87-95. doi:10.1111/jonm.12087
27. Ryan M. Eur J Cardiovasc Nurs. 2009;8:223-231. doi:10.1016/j.ejcnurse.2009.02.005
28. Small N. BMC Palliat Care. 2009;8:1. doi:10.1186/1472-684x-8-6
29. Stocker R. BMJ Support Palliat Care. 2017;7:464-469. doi:10.1136/bmjspcare-2016-001286
30. Walsh M. BMJ Support Palliat Care. 2023;13:e1280-e1284. doi:10.1136/spcare-2023-004167
31. Walsh M. Am J Hosp Palliat Care. 2022;40:374-377. doi:10.1177/10499091221104739
32. Walthall H. J Clin Nurs. 2017;26:2036-2044. doi:10.1111/jocn.13615
33. Walthall H. Contemp Nurse. 2019;55:71-82. doi:10.1080/10376178.2019.1604147
34. Younas A. Health Soc Care Community. 2023;2023:1-11. doi:10.1155/2023/5550987



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RADIOTERAPIA SU METASTASI OSSEE DA TUMORE MAMMARIO IN CORSO DI INIBITORI DELLE CDK4/6: EFFICACIA E RISPOSTA ANALGESICA

Elisabetta Lepre¹, Sofia Carrafiello³, Luca Eolo Tiodella¹, Edy Ippolito^{1,2}, Michele Fiore^{1,2}, Carlo Greco^{1,2}, Roberta Guarnaccia¹, Francesco Pantano^{7,8}, Lucrezia Toppi¹, Giuseppe Casale^{3,4}, Maria Grazia De Marinis^{5,6}, Adriana Turiziani¹, Sara Ramella^{1,2}

¹ Unità di ricerca operativa di Radioterapia Oncologica, Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, Roma, Italia, ² Unità di ricerca di Radioterapia Oncologica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ³ Unità Centro di cure palliative Insieme nella cura, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ⁴ Unità di cure palliative Antea, Roma, Italia, ⁵ Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Unità di ricerca di Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ⁶ Fondazione Policlinico Universitario, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ⁷ Unità di ricerca operativa di Oncologia Medica, Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, Roma, Italia, ⁸ Unità di ricerca di Oncologia Medica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia

SCOPO: Gli inibitori delle cicline CDK4/6, combinati con la terapia endocrina, sono diventati una terapia consolidata ed efficace nei pazienti con carcinoma mammario in stadio avanzato positivo ai recettori ormonali. Tuttavia, le evidenze scientifiche relative al loro utilizzo con la radioterapia (RT), che viene frequentemente utilizzata per il sollievo sintomatico o il controllo locale della malattia, sono ancora limitate. Lo scopo del nostro studio è analizzare l'efficacia e la sicurezza dell'uso combinato di inibitori CDK4/6 e RT (sia convenzionale che stereotassica) in termini di gestione del dolore, utilizzando la Scala Numerica di Valutazione del Dolore (NRS) pre e post trattamento, valutare i cambiamenti nella terapia analgesica (classificata come stabile, migliorata o peggiorata), determinare l'impatto dei fattori di base e del trattamento sulla risposta al dolore e analizzare le tossicità correlate al trattamento.

METODO: I pazienti con carcinoma mammario metastatico o localmente avanzato, istologicamente confermato, trattati con RT e inibitori CDK4/6 concomitanti, che hanno fornito il consenso informato scritto per lo studio COMBART, sono stati considerati idonei per questa analisi. I valori medi e la deviazione standard (SD) sono stati utilizzati per le variabili continue, e i conteggi e le frequenze per le variabili categoriali. Gli eventi avversi (EA) correlati al trattamento sono stati raccolti, classificati e graduati secondo i criteri di terminologia comune per gli eventi avversi del National Cancer Institute (NCI CTCAE), versione 5.0.1. Le differenze tra i gruppi sono state calcolate tramite il test chi-quadrato per le variabili categoriali o il test t per le variabili continue.

RISULTATI: Il nostro studio ha incluso quaranta pazienti con carcinoma mammario avanzato trattati contemporaneamente con inibitori CDK4/6 (palbociclib 30,8%, ribociclib 51,3%, abemaciclib 17,9%) e RT per un totale di 131 lesioni metastatiche incluse. Tra i nostri pazienti, il 30% aveva più di 70 anni (con un punteggio medio G8 di $13,8 \pm 3,0$) e il 42,5% presentava comorbidità. Tutti i pazienti erano trattati con analgesici di base, tra cui FANS (51,2%), oppioidi minori (4,8%) e oppioidi maggiori (17,6%). I punteggi NRS pre e post trattamento sono stati analizzati come metodo per valutare la riduzione complessiva del dolore. Abbiamo osservato una riduzione significativa del punteggio medio NRS (da $3,52 \pm 2,98$ a $1,31 \pm 1,59$, $p < 0,01$), con una riduzione media percentuale del $-45,7 \pm 38,9\%$, in particolare nei pazienti trattati con trattamenti RT convenzionali rispetto alla RT stereotassica ($-58,6\%$ vs. $-39,9\%$; $p = 0,016$). La risposta radiologica e le comorbidità non hanno mostrato alcuna influenza sulla risposta complessiva al dolore. Inoltre, sono state osservate riduzioni maggiori del dolore nei pazienti che utilizzavano oppioidi rispetto a quelli che non li utilizzavano ($p = 0,049$). Per quanto riguarda la terapia analgesica post-trattamento, la stabilità è stata osservata nel 70,6% dei pazienti, mentre è migliorata nel 14,3% e peggiorata nel 10,3% dei pazienti. La tossicità registrata è stata prevalentemente di grado 1-2 e facilmente gestibile, in totale 8 tossicità (6,1%), 4 ematologiche (3,05%) e 4 non ematologiche (3,05%). Le tossicità non ematologiche sono state: disagia ($n=3$) e nausea ($n=1$). Le tossicità G2 sono state 2 (1,5%) rappresentate da anemia e neutropenia.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

CONCLUSIONI: È stata osservata una significativa riduzione del dolore nei pazienti trattati contemporaneamente con inibitori CDK4/6 e RT, in particolare nei trattamenti con RT convenzionale e nei pazienti che utilizzano oppioidi, con evidenza di tossicità limitata e gestibile. Non sono state osservate differenze significative in termini di efficacia e sicurezza tra i vari sottogruppi di pazienti, compresi gli anziani.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA E PERCEZIONE DEGLI INFERMIERI: UNA REVISIONE

Anna Fumagalli¹, Daniele Steri², Irene Ferrario², Ivana Maria Rosi¹, Roberto Milos¹, Stefania Rancati¹

¹ Università degli Studi di Milano, Milano, Italia, ² Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

SCOPO: La sedazione palliativa profonda continua (SPPC) prevede la somministrazione continua di sedativi per controllare sofferenza fisica, psicologica ed esistenziale fino al decesso naturale del malato (1,2). Previo consenso informato, è raccomandata per sintomi refrattari, ossia incurabili e/o intollerabili (2) o per sospensione di trattamenti (1). In Italia è prevista dalla Legge 219/2017(3); per il CNB, se applicata in modo appropriato e proporzionato, non abbrevia la vita e non è considerata atto finalizzato alla morte (4). Eppure, essa solleva questioni controverse, dilemmi etici per i medici ed è spesso scarsamente compresa da malati e famiglie (5). Mancano chiarezza nella valutazione e gestione dei sintomi refrattari, nel determinare il momento giusto d'inizio e nel modo in cui operatori sanitari, malati e famiglie la interpretano (6). Gli infermieri coinvolti nella SPPC hanno opinioni che influenzano loro stessi e come si prendono cura delle persone nel fine vita (7). Si intende indagare percezione, pensieri ed eventuali risvolti etici espressi dagli infermieri sull'esperienza di SPPC alla persona adulta.

METODO: È stata svolta una revisione della letteratura su Banchi dati (Cinahl, Pubmed, Embase, Scopus e Psycinfo) da Giugno a Settembre 2024. La ricerca includeva articoli pubblicati tra il 2014 e il 2024 in lingua italiana o inglese.

RISULTATI: Dagli 8 studi inclusi emergono tre temi: Responsabilità di dare sollievo, Esperienze di disagio morale, Risorse. La SPPC è un mezzo per alleviare la sofferenza dei malati (8) consentendo loro di morire «in pace» (9), di morte «naturale» (10). Nonostante il coinvolgimento emotivo, gli infermieri rispondono a tale sofferenza con più facilità se fisica o psicologica rispetto a quella esistenziale (11) come terapia in «ultima istanza» (12) contribuendo a confortare i familiari «testimoni di sofferenza» (11). Nel processo di SPPC l'infermiere spiega anticipatamente il decorso, garantisce assistenza dignitosa, compassionevole, coinvolgendo le persone anche quando prive di sensi (14), adatta linee guida e protocolli alle esigenze dei morenti (11), monitora i sintomi (13). Esperienze di disagio morale sono legate alla durata della SPPC e al rispetto dell'Advocacy. Quando il decesso è rapido (ore) emergono sensodi «colpa» per i contatti abbreviati coi familiari (10) e necessità di rimarcare la differenza con l'eutanasia (8,12). Se la sedazione si prolunga oltre la settimana, sussistono «vergogna» o «impotenza» per un'induzione «prematura» (13) o assistenza passiva (14). Emerge un sensodi «pressione» dalle richieste dei familiari di ritardare la sedazione (10) o di aumentare il dosaggio (15): gli infermieri desiderano sia rispettare quanto espresso dall'assistito ancora cosciente, sia offrire risposte e conforto ai parenti (9,11,14). Conoscenze aggiornate sulle linee guida e farmaci, relazionali ed etiche rendono chiaro l'obiettivo della SPPC (9,11), aumentano fiducia e sicurezza, diminuiscono incertezza morale e carico emotivo sperimentati dagli infermieri immersi nell'assistenza quotidiana dei malati (11,12,15). Il supporto di infermieri esperti a chi sperimenta le prime esperienze di SPPC chiarisce interrogativi sull'appropriatezza delle cure e stimola fiducia nell'affrontare le domande della famiglia (8). La condivisione in equipe multiprofessionali di cure palliative offre supporto emotivo e riduce il distress morale assicurando gli infermieri di aver agito nel miglior interesse del malato, anche senza consenso o pianificazione SPPC (9,13).

CONCLUSIONI: La SPPC allevia in primo luogo la sofferenza del malato, ma anche della famiglia. Gli infermieri sperimentano coinvolgimento emotivo e dilemmi etici, riducibili con formazione, esperienza, supporto tra pari e in equipe multiprofessionale.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

BIBLIOGRAFIA:

1. SIAARTI - SICP. LINEE GUIDA SULLA SEDAZIONE PALLIATIVA NELL'ADULTO. SNLGISS. 2023;
2. Surges SM, Brunsch H, Jaspers B, Apostolidis K, Cardone A, Centeno C, et al. Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study. *Palliat Med.* 2024 Feb 1;38(2):213–28.
3. Ministero della Salute. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. Legge 22 dicembre 2017 n. 219. 2017;
4. CNB. Presidenza del Consiglio dei Ministri SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA NELL'IMMINENZA DELLA MORTE 2016.
5. Rodrigues P, Menten J, Gastmans C. Physicians' perceptions of palliative sedation for existential suffering: a systematic review. Vol. 10, *BMJ Supportive and Palliative Care*. BMJ Publishing Group; 2020. p. 136–44.
6. Payne SA, Hasselaar J. European Palliative Sedation Project. *J Palliat Med.* 2020 Feb 1;23(2):154–5.
7. Abarshi EA, Papavasiliou ES, Preston N, Brown J, Payne S. The complexity of nurses' attitudes and practice of sedation at the end of life: A systematic literature review. Vol. 47, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc.; 2014.
8. Zuleta-Benjumea A, Muñoz SM, Vélez MC, Krikorian A. Level of knowledge, emotional impact and perception about the role of nursing professionals concerning palliative sedation. *J Clin Nurs.* 2018 Nov 1;27(21–22):3968–78.
9. De Vries K, Plaskota M. Ethical dilemmas faced by hospice nurses when administering palliative sedation to patients with terminal cancer. *Palliat Support Care.* 2017 Apr 1;15(2):148–57.
10. Vieille M, Dany L, Coz P, Le, Avon S, Keraval C, Salas S, et al. Perception, Beliefs, and Attitudes Regarding Sedation Practices among Palliative Care Nurses and Physicians: A Qualitative Study. *Palliat Med Rep.* 2021 May 1;2(1):160–7.
11. Guité-Verret A, Boivin J, Hanna AMR, Downar J, Bush SH, Marcoux I, et al. Continuous palliative sedation until death: a qualitative study of palliative care clinicians' experiences. *BMCPalliat Care.* 2024 Dec 1;23(1).
12. Raus K, Brown J, Seale C, Rietjens JA, Janssens R, Bruinsma S, et al. Continuous sedation until death: The everyday moral reasoning of physicians, nurses and family caregivers in the UK, the Netherlands and Belgium. *BMCMed Ethics.* 2014 Feb 20;15(1).
13. Anquinet L, Rietjens JA, Mathers N, Seymour J, Van Der Heide A, Deliens L. Descriptions by general practitioners and nurses of their collaboration in continuous sedation until death at home: In-depth qualitative interviews in three European countries. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Jan 1;49(1):98–109.
14. Kwon S, Kim M, Choi S. Ethical dilemmas and care actions in nurses providing palliative sedation. *Nurs Ethics.* 2022 Aug 1;29(5):1220–30.
15. Lokker ME, Swart SJ, Rietjens JAC, van Zuylen L, Perez RSGM, van der Heide A. Palliative sedation and moral distress: A qualitative study of nurses. *Applied Nursing Research.* 2018 Apr 1;40:157–61.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE E GERIATRIA IN DIALOGO: PROGETTO SPERIMENTALE DI SVILUPPO DI CONSULENZE DI CURE PALLIATIVE IN UN ISTITUTO GERIATRICO

Francesca Pittella¹, Nadia Bongioni¹, Raymond Stefa¹, Emilia Guglielmucci¹, Graziano Redaelli¹, Francesca Colombo¹, Luciana Morabito¹

¹Istituto Geriatrico Piero Redaelli, Milano, Italy

SCOPO: L'aumento dell'aspettativa di vita ha portato a un incremento del numero di persone anziane che convivono con multimorbidità, fragilità, declino cognitivo e altre condizioni croniche che compromettono autonomia e qualità di vita. L'assistenza geriatrica, tradizionalmente incentrata sulla gestione globale delle necessità mediche, funzionali e psicosociali degli anziani, deve affrontare l'esigenza crescente di integrare principi e pratiche delle Cure Palliative (CP).

Le Cure Palliative hanno dimostrato di offrire benefici significativi anche in ambiti non oncologici, migliorando il controllo dei sintomi, il processo decisionale, il supporto psicologico ed esistenziale. Quando applicate in ambito geriatrico, le Cure Palliative possono rispondere in modo più mirato e personalizzato ai bisogni degli anziani, migliorando non solo la qualità delle cure, ma anche la qualità della vita dei pazienti e delle loro famiglie. A fronte dell'ampio bisogno di Cure Palliative si rende necessario diffondere la cultura palliativa negli ambienti geriatrici attraverso formazione, attività di consulenza ed integrazione con le reti di Cure Palliative. Riconoscere il bisogno di Cure Palliative e definirne il livello di complessità permette di allocare le risorse disponibili garantendo a tutti le cure adeguate: Approccio Palliativo per i pazienti non complessi, Cure Palliative Specialistiche per i casi complessi.

L'obiettivo dello studio è stato diffondere formazione e portare le CP fuori dai contesti specialistici e direttamente all'interno dei reparti di Cure Intermedie (C.I., setting riabilitativo) e di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di un Istituto Geriatrico per una presa in carico più efficace dei malati con malattia cronica progressiva in fase avanzata/terminale.

METODO: A seguito di un corso di formazione interno è stato avviato un progetto di consulenze di Cure Palliative rivolte a pazienti ricoverati nelle C.I. ed RSA dell'Istituto Geriatrico.

Le consulenze sono state indirizzate a pazienti con bisogni di Cure Palliative secondo il giudizio clinico e di Equipe e secondo i criteri del Suballegato E (Strumento di Regione Lombardia per la valutazione del bisogno di Cure Palliative).

La complessità dei bisogni è stata identificata con lo strumento di valutazione IDC-Pal.

Il progetto è stato avviato a Maggio 2024. In consulenza sono stati valutati: problemi attivi del paziente e della famiglia, complessità dei bisogni, stato funzionale e cognitivo, fase di malattia, indicatori prognostici.

I pazienti sono stati rivalutati in base ai bisogni rilevati e alla loro complessità.

È stata effettuata una raccolta dei dati relativamente al periodo Maggio- Dicembre 2024: caratteristiche multidimensionali della popolazione, bisogni di pazienti e caregiver e loro complessità, numero e tipo di interventi dell'equipe palliativa, esito del ricovero.

RISULTATI: Nel periodo 1° Maggio – 31 Dicembre 2024 sono stati valutati in consulenza 40 pazienti, il 28% dei pazienti deceduti in Istituto: grandi anziani, pluricomorbidi, gravemente disabili.

Le consulenze sono state richieste nel 51% dei casi per la gestione dei sintomi con un tempo medio richiesta-valutazione di 4 giorni. Tutti i pazienti valutati erano candidabili ad un percorso di Cure Palliative.

I decessi sono avvenuti nel 90% dei casi per patologie non oncologiche, in particolare per demenza.

Nella maggior parte dei casi i pazienti avevano dei bisogni di Cure Palliative mediamente complessi, secondo la scala IDC-Pal.

Principali sintomi: iporessia, seguita da dolore e dispnea.

Rispetto alla valutazione prognostica secondo la scala Delirium-Palliative Prognostic Score (D-Pap) il 77% dei pazienti presentava una probabilità di sopravvivenza nei successivi 30 giorni inferiore al 30%. Il tempo medio intercorso fra la data di segnalazione e la data di decesso è stato di 18 giorni.

Due dei pazienti valutati sono stati trasferiti in Hospice. In alcuni casi il trasferimento, pur proposto per i degenti in C.I., non è stato possibile per imminente terminalità. Per l'RSA si è privilegiata una gestione in reparto col supporto dell'Equipe di CP.

Rispetto alla mortalità: le C.I. hanno rappresentato il luogo di cure di fine vita per molti pazienti. Il 36% dei pazienti accolti in RSA non è deceduto entro l'anno dall'accoglienza. Il tasso di mortalità annuo in Istituto è stato del 28%.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0 EVOLUZIONE DELLE RETI PER IL RINNOVAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

Pazienti arruolati (n = 40)	Media + DS o N (%)
Stato socio-demografico	
Età (anni)	88.5 ± 7.1
Sesso (M/F)	18/22 (45/55)
Setting di degenza	
RSA	17 (43)
Cure Intermedie	23 (57)
Comorbidità	
Charlson Comorbidity Index	3.5 ± 2.1
Demenza	30 (75)
Insufficienza Cardiaca	11 (27.5)
Patologia Oncologica	11 (27.5)
Ictus	8 (20)
Malattia Polmonare Cronica	7 (17.5)
Insufficienza Renale Cronica	7 (17.5)
Compromissione stato funzionale	
Barthel < 25	40 (100)
AKPS (Australia Karnofsky Performance Status)	
10%	6 (15)
20%	25 (62.5)
30%	5 (12.5)
40%	4 (10)
Malnutrizione	
Perdita di peso > 10%, ipocalbunemia < 2.5 g/dl	37 (92.5)
Marcatore di complessità	
Disfagia	31 (77.5)
Lesioni da pressione	13 (32.5)
Delirium	35 (88)
Motivo della richiesta di consulenza	
Gestione sintomi	21 (52.5)
Definizione setting assistenziale	14 (36)
Condivisione scelte difficili	11 (28)
Gestione della comunicazione	7 (18)
Richiesta dai familiari per definizione setting assistenziale	1 (3)
Tempo medio segnalazione – valutazione	4 ± 5.9
Valutazione positiva del bisogno di Cure Palliative (Suballegato E)	40 (100)
Complessità dei bisogni (IDC-Pa)	
Bassa complessità	2 (5)
Media complessità	29 (72.5)
Alta complessità	9 (22.5)
Valutazione prognostica (D-Pap Risk Group)	
Gruppo A (prob. Sopravvivenza a 30 gg > 70%)	4 (10)
Gruppo B (prob. Sopravvivenza a 30 gg 30-70)	5 (12.5)
Gruppo C (prob. Sopravvivenza a 30 gg < 30%)	31 (77.5)
Interventi Multidisciplinari	
Intervento Medico	40 (100)
Intervento Infermiere	12 (30)
Intervento Ass. Spirituale	21 (52.5)
Intervento Psicologo	5 (12.5)
Intervento Ass. Sociale	3 (7.5)
Intervento Volontari	2 (5)
Tempo medio segnalazione – decesso	17.5 ± 16.7
Esito	
Decesso in reparto	36 (90)
Trasferimento in RSA (Da Cure Intermedie)	1 (2.5)
Trasferimento in Hospice	2 (5)
Invio in PS	1 (2.5)

CONCLUSIONI: Le RSA e le Cure Intermedie rivestono un ruolo cruciale in ambito socio-sanitario per il paziente geriatrico.

Sono luogo di vita e di cura nel fine vita e questo richiede di integrare le competenze geriatriche con quelle palliative per garantire il soddisfacimento dei bisogni del paziente nel luogo in cui si trova.

Il lavoro di Equipe e il supporto di un servizio di consulenza di Cure Palliative, che diffonda formazione e competenze in uno scambio reciproco di saperi, può consentire di condividere lo sguardo sul malato e rendere meno gravoso il peso delle scelte nella fatica dell'incertezza prognostica.

BIBLIOGRAFIA:

1. https://www.progettodemetra.it/wp-content/uploads/2022/10/DOCUMENTO_DI_CONSENSO_Percorso_integrato_2015.pdf
2. Alicia Castelo-Loureiro et al. "Delivering Palliative and Supportive Care for Older Adults with Cancer: Interactions between Palliative Medicine and Geriatrics." *Cancers* 2023 Jul 29;15(15):3858
3. Seymour, J. E. et al "Palliative care and geriatric medicine: Shared concerns, shared challenges." *Palliative Medicine*, 2001, 15(4), 269–270
4. Pacala, J. T. "Is palliative care the "new" geriatrics? Wrong question—We're better together." *Journal of the American Geriatrics Society*, 2014, 62(10), 1968–1970
5. Paola Di Giulio et al. "The Impact of Nursing Homes Staff Education on End-of-Life Care in Residents With Advanced Dementia: A Quality Improvement Study." *J Pain Symptom Manage*, 2019 Jan;57(1):93-99
6. Andrew E Russell et al. "Palliative care considerations in frail older adults." *Ann Palliat Med*, 2024 Jul;13(4):976-990
7. Gómez-Batiste X. et al. "Utility of the NECPALCCOMS-ICO tool and the Surprise Question as screening tools for early palliative care and to predict mortality in patients with advanced chronic conditions: A cohort study." *Palliat Med*. 2017 Sep;31(8):754-763
8. Etkind S.N. et al. "How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services" *BMC Medicine* 2017;15
9. Strumento di valutazione del bisogno di Cure Palliative per la selezione dei malati da prendere in carico da parte della Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) – SUBALLEGATO E DELLA DGRN. XI/1046/2018
10. Martin-Rosello M.L. et al. "Instruments to evaluate complexity in end-of-life care" *Curr Opin Support Palliat Care* 2018, 12
11. Scarpi E et al. "Survival prediction for terminally ill cancer patients: revision of Palliative Prognostic Score with incorporation of delirium." *The Oncologist* 2011;16:1793–1799.20



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RUOLO DEL LOGOPEDISTA NELLE CURE PALLIATIVE: UN APPROCCIO OLISTICO ALLA COMUNICAZIONE E ALLA QUALITÀ DELLA VITA

Gemma Levantino¹, Antonino Petronaci¹

¹Samot onlus, Palermo, Italia

SCOPO: Le cure palliative rappresentano un modello assistenziale centrato sulla persona, finalizzato a migliorare la qualità della vita di pazienti con malattie progressive e incurabili. Il logopedista svolge un ruolo cruciale, non solo nel trattamento dei disturbi comunicativi e deglutitori, ma anche nel supporto emotivo e relazionale del paziente e della sua famiglia.

L'obiettivo principale del logopedista nelle cure palliative è migliorare la qualità della vita del paziente attraverso:

Valutazione e trattamento dei disturbi comunicativi: molti pazienti in cure palliative presentano difficoltà nel linguaggio e nella comunicazione, che possono influire negativamente sul loro benessere psicologico e sociale;

Gestione dei disturbi della deglutizione: la disfagia è comune in pazienti con malattie neurologiche o oncologiche avanzate e può compromettere l'alimentazione e la sicurezza respiratoria;

Supporto emotivo e relazionale: la comunicazione efficace è fondamentale per esprimere bisogni, emozioni e desideri, facilitando il processo di adattamento alla malattia e migliorando la relazione con la famiglia e gli operatori sanitari.

METODO: Una revisione della letteratura è stata condotta per identificare le competenze chiave del logopedista nelle cure palliative pediatriche. La ricerca ha incluso banche dati come PubMed, Medline, Google Scholar e risorse delle principali associazioni in ambito di cure palliative. Sono stati analizzati studi che descrivono interventi logopedici in contesti palliativi, con particolare attenzione all'approccio olistico e multidisciplinare.

RISULTATI: La revisione della letteratura ha evidenziato l'assenza di un core competence definito per il logopedista in cure palliative. Tuttavia, diversi studi e organizzazioni sottolineano l'importanza di sviluppare specifici percorsi formativi.

Le attività svolte dal logopedista in cure palliative si differenziano non soltanto in base al paziente che si prende in carico, poiché anche in presenza di una medesima patologia si può avere un esordio/decorso diverso, ma anche in base alla patologia, differenza principale tra neurodegenerative ed oncologiche, nelle quali si può, in determinati casi clinici, parlare di recupero all'interno di una terminalità non definita.

Un'ulteriore differenza si pone allo stadio di evoluzione delle patologie cronico-degenerative.

Nello specifico didatticamente l'evolversi delle patologie si può suddividere in tre stadi:

1. Fase dei prodromi;
2. Fase della malattia conclamata;
3. Fase terminale della malattia.

In ciascun stadio l'approccio terapeutico sarà differente, in base anche agli svariati sintomi che si manifestano durante il decorso delle patologie.

Nella prima fase le principali attività terapeutiche logopediche sono volte a mantenere le funzioni deglutitorie, comunicative-linguistiche e cognitive.

Per quanto concerne la disfagia, le principali complicanze sono caratterizzate da:

- Polmonite ab ingestis;
- Malnutrizione;
- Disidratazione;
- Soffocamento.

Tali complicanze determinano un forte impatto sulle necessità di cure e di assistenza, sui costi e sui servizi sanitari.

La figura professionale del logopedista è di fondamentale importanza per lo svolgimento della valutazione clinica della disfagia, poiché consente di rilevare i primi segni di una deglutizione ad alto rischio di penetrazione o aspirazioni del bolo nelle vie aeree; eventi che nella loro complessità possono dare esito alle gravi complicanze della disfagia, soprattutto, tra cui anche all'exitus.

Inoltre, in un'ottica d'insieme, tali eventi aumentano il rischio di eventi acuti e il numero di ospedalizzazioni.

Nella gestione della disfagia, diventa di fondamentale importanza monitorare la progressione della stessa



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



e attuare tempestivamente la rilevazione del giusto timing delle modifiche reologiche e l'adattamento di setting sicuri.

Attraverso il lavoro d'équipe con il nutrizionista, che garantirà al paziente un apporto idrico e proteico calorico commisurati al suo fabbisogno, è possibile ridurre il rischio delle gravi complicanze legate alla disfagia e migliorare la qualità di vita.

Per quanto concerne i disturbi comunicativi e linguistici, possono essere causati da eventi neurologici specifici o da disartria, la quale è un disordine del linguaggio dovuto ad un mancato controllo dei muscoli che permettono di realizzare l'esecuzione di un movimento articolatorio.

Il logopedista in questa fase si occupa di mantenere il movimento dei muscoli che permettono di realizzare l'esecuzione di un movimento articolatorio.

Per quanto concerne le funzioni cognitive, la valutazione e la presa in carico precoce della compromissione cognitiva e comportamentale nei suddetti pazienti è fondamentale in questa prima fase per il suo impatto sul declino funzionale, la sopravvivenza, la compliance, la scelta dei presidi e le decisioni medico legali.

Il logopedista si occupa di effettuare attività terapeutiche volte al mantenimento delle funzioni comunicativo-linguistiche e delle funzioni superiori, quali capacità di attenzione, memoria di lavoro, pianificazione e problem solving.

Nella seconda fase il logopedista si occupa degli adattamenti deglutitori e consiglia eventuali alimentazioni alternative, come: PEG, RIG, SNG, enterale, ecc, per prevenire le complicanze della disfagia.

In questa fase, inoltre, il logopedista consiglia ausili di Comunicazione Aumentativa Alternativa, a bassa o ad alta tecnologia, e si occupa del settaggio e della calibrazione di tali ausili.

Nella terza fase, denominata fase terminale, il logopedista dovrebbe sospendere ogni tipo di attività terapeutica.

Tuttavia, in quest'ultima fase il logopedista è una figura essenziale nell'équipe per stilare la Pianificazione Condivisa di Cura, in équipe multidisciplinare con psicologo, medico palliativista e assistente sociale, nel momento in cui il paziente non si trovi più nelle condizioni di comunicare verbalmente le proprie scelte terapeutiche.

CONCLUSIONI: Il logopedista svolge un ruolo fondamentale nelle cure palliative, contribuendo a migliorare la qualità della vita del paziente attraverso interventi mirati sulla comunicazione e sulla deglutizione. La definizione di un core competence specifico è essenziale per garantire un'assistenza di alta qualità e per orientare la formazione professionale. È auspicabile che le istituzioni sanitarie e le associazioni professionali promuovano l'adozione di linee guida condivise e percorsi formativi specifici per il logopedista in contesti palliativi.

BIBLIOGRAFIA:

- Griffith Brookles, Chiara. Proposta di un Core Competence del logopedista in Cure Palliative Pediatriche. Università degli Studi di Padova, 2022/2023.
- Battilana, Chiara. Comunicazione e relazione d'aiuto nelle cure palliative nel paziente oncologico pediatrico. Università degli Studi di Padova, 2023/2024.
- Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. Unimore: le cure palliative supportive precoci e lo studio sul linguaggio del dolore.
- Medicina e Informazione Web Tv. La Terapia Occupazionale nelle Cure Palliative - La distrazione cognitiva per il controllo di ansia, depressione e anche dolore.
- Università degli Studi di Genova. La comunicazione verbale e non verbale tra i caregiver e gli infermieri delle cure palliative.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE LESIONI DI FINE VITA: COSA SAPPIAMO- UNA SCOPING REVIEW

Olga Mistruzzi¹

¹ASFO Azienda Sanitaria Friuli Occidentale, Pordenone, Italia

SCOPO: INTRODUZIONE

Nel 1991, il Dr. La Puma sollevò una riflessione importante: la pelle, essendo l'organo più grande del corpo umano, può mostrare segni di cedimento quando altri organi, come cuore, polmoni e reni, iniziano a soccombere.

Questa osservazione si applica particolarmente alle lesioni cutanee nei pazienti terminali, che spesso hanno un deterioramento del tessuto cutaneo nelle fasi finali della vita.

Il CMS (Centers for Medicare & Medicaid Services) ha aggiornato le linee guida nel 2018, classificando come 'LESIONI DA PRESSIONE INEVITABILI' le lesioni che compaiono nonostante i sanitari abbiano valutato le condizioni cliniche e i fattori di rischio dell'individuo, definito e attuato interventi coerenti con le esigenze, gli obiettivi e gli standard professionali individuali, monitorato e valutato l'impatto degli interventi e rivisto gli approcci del caso.'

Bainet al. hanno descritto la fisiopatologia delle lesioni da pressione inevitabili come 'insufficienza cutanea' in contrasto alle 'lesioni da pressione' vere e proprie, stabilendo l'importanza della differenziazione eziologica e terapeutica tra le due condizioni.

Attualmente la prevalenza delle lesioni da pressione è considerata un indicatore della qualità dell'assistenza sanitaria e le lesioni inevitabili sono comunemente diagnosticate erroneamente come lesioni da pressione. Quindi è importante ampliare le conoscenze sulle stesse e istruire gli operatori sanitari nel loro riconoscimento.

SCOPO obiettivo primario:

Raccogliere e mappare le evidenze esistenti sulla materia per ottenere una panoramica aggiornata della loro definizione e la loro epidemiologia.

Obiettivo secondario:

Valutare se sono presenti, in letteratura, metodi di differenziazione e di valutazione delle stesse.

Obiettivo terziario:

Valutare gli obiettivi, se presenti.

METODO: Nel marzo 2025, abbiamo condotto una scoping review. La strategia di ricerca ha coinvolto database come PubMed, CINAHL, Scopus, Google Scholar e Cochrane. La revisione ha esaminato studi qualitativi e quantitativi su articoli pubblicati negli ultimi cinque anni, esclusi quelli pediatrici e dermatologici.

RISULTATI: obiettivo primario:

Le lesioni di fine vita sono comuni nei pazienti in cure palliative.

La terminologia utilizzata per descrivere le lesioni inevitabili può creare confusione tra i professionisti sanitari, infatti, sono emersi quattro termini più usati:

1. 'insufficienza cutanea', che si riferisce a cambiamenti cutanei legati alla fine della vita, ma con un'eziologia diversa dalle vere lesioni da pressione. Alcune specifiche alterazioni cutanee osservate includono:
 - a) Lesione tissutale terminale di Trombley-Brennan (TB-TTI): Si tratta di striature orizzontali che appaiono tipicamente sugli arti inferiori o sulla colonna vertebrale. Non si ulcerano spesso, poiché i pazienti tendono a morire rapidamente (entro 72 ore dall'apparizione).
 - b) Alterazioni cutanee di fine vita (SCALE)
 - c) Ulcera terminale di Kennedy (KTU): Ulcere bilaterali a forma di 'pera', 'ferro di cavallo' o 'farfalla', che si sviluppano principalmente sul sacro o coccige. Possono evolvere rapidamente da stadio II a stadio III o IV.
 - i. sindrome delle 3:30: variante della KTU. Si presenta in poche ore. Può apparire come piccole macchie nere che sembrano macchioline di sporco o evacuazione intestinale secca. Con il passare delle ore, la chiazza diventa di dimensioni importanti. L'aspettativa di vita è spesso breve, 8-24 ore.

In molti casi, queste lesioni si manifestano nelle ore o nelle settimane precedenti il decesso del paziente, ma la loro diagnosi può essere ostacolata dalla mancanza di esperienza tra i professionisti sanitari, il che porta a una sottostima della reale entità del problema.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Obiettivo secondario:

Diagnosi e Strumenti di Valutazione

Attualmente, la diagnosi delle alterazioni cutanee terminali si basa principalmente sull'analisi visiva e sulla storia clinica del paziente, ma manca uno strumento di valutazione convalidato. La 'Skin Failure Clinical Indicator Scale' (SFCIS) è stata proposta come possibile soluzione per distinguere tra lesioni inevitabili e lesioni da pressione. Alcuni indicatori chiave, come il livello di albumina sierica, il flusso sanguigno compromesso o la presenza di sepsi, sono stati identificati come fattori diagnostici.

Tuttavia, la validità della SFCIS è ancora in fase di sviluppo e i suoi risultati si basano su uno studio retrospettivo con una popolazione limitata. Ulteriori ricerche sono necessarie per convalidare questo strumento e migliorare la capacità di identificazione corretta delle alterazioni cutanee terminali.

Obiettivo terziario:

Trattamento e Obiettivi

Il trattamento delle lesioni terminali non mira alla guarigione della ferita, ma alla scelta di obiettivi realistici come:

- Migliorare il comfort del paziente
- Garantire una morte dignitosa
- Controllare il dolore
- Gestire gli odori
- Supporto alla famiglia nel processo decisionale offrendo supporto emotivo e spirituale.

CONCLUSIONI: Tutti gli articoli analizzati sottolineano l'importanza di ulteriori studi sull'insufficienza cutanea al fine di unificare il concetto e guidare la diagnosi e la gestione clinica. Le lesioni da fine vita, pur essendo simili alle lesioni da pressione, presentano una fisiopatologia distinta. La mancanza di uno strumento di valutazione specifico e di una classificazione unificata delle alterazioni cutanee terminali rende difficile la diagnosi e la gestione adeguata di queste lesioni. La ricerca futura dovrebbe concentrarsi su:

- Definizione di criteri diagnostici chiari per le alterazioni cutanee di fine vita
- Sviluppo di strumenti diagnostici validi per l'insufficienza cutanea
- Standardizzazione della terminologia per evitare confusione tra i professionisti

Il miglioramento delle pratiche cliniche e l'adozione di best practice mirate possono contribuire a migliorare la qualità della vita dei pazienti terminali, ridurre i costi sanitari e garantire un'assistenza più appropriata.

BIBLIOGRAFIA:

1. Igor Melnychuk, Inna Servetnyk. Kennedy Terminal Ulcers and Trombley-Brennan Terminal Tissue Injuries: Mystery Solved? Adv Skin Wound Care. 2024 May 1;37(5):233-237. doi: 10.1097/ASW.000000000000132.
2. Elizabeth A Ayello, Jeffrey M Levine, Diane Langemo, Karen Lou Kennedy-Evans, Mary R Brennan, R Gary Sibbald. Reexamining the Literature on Terminal Ulcers, SCALE, Skin Failure, and Unavoidable Pressure Injuries. Review Adv Skin Wound Care. 2019 Mar;32(3):109-121. PMID: 30801349. DOI: 10.1097/01.ASW.0000553112.55505.5f
3. Richard Hill, Amy Petersen. Skin Failure Clinical Indicator Scale: Proposal of a Tool for Distinguishing Skin Failure From a Pressure Injury. October 2020. ISSN 1044-7946. Index Wounds 2020;32(10):272-278. Epub 2020 August 31



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



METADONE OPPIACEO DI PRIMA SCELTA NEL TRATTAMENTO DEL DOLORE ONCOLOGICO SEVERO IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: PROTOCOLLO PER STUDIO PROSPETTICO INTERVENTISTICO

Enrico Emina¹, Fabio Menegatti², Mirella Costamagna³, Nicolò Passoni¹, Alessandro Valle⁴

¹ASL TO5 SSVDCURE PALLIATIVE, Moncalieri (TO), Italia, ²Fondazione FARO-SAMCO, Chivasso (TO), Italia,

³ASL CN2 SShospice, Bra (CN), Italia, ⁴Fondazione FAROets, Torino, Italia

SCOPO: Gli oppiacei giocano un ruolo fondamentale nel trattamento del dolore oncologico (1). Per il dolore severo di tipo misto trova impiego il metadone, un oppiaceo maggiore caratterizzato da limitati fenomeni di tolleranza e iperalgesia da oppiacei (2). A causa del profilo farmacocinetico complesso, sinora il suo utilizzo si è consolidato solo in ambito residenziale e nella rotazione da altri oppiacei (3). Alcune pubblicazioni recenti indirizzano la ricerca verso lo studio del metadone come farmaco di prima scelta (4). Il suo utilizzo in questa funzione anche nel setting domiciliare, dove l'assistenza può presentare aspetti di maggiore complessità, costituisce una futura sfida per le équipe curanti e rappresenta un'ulteriore opportunità di trattamento per i pazienti.

Questo protocollo di studio si propone di indagare la fattibilità dell'uso del metadone e l'accettabilità da parte del paziente e dei caregivers, come farmaco di prima scelta nel trattamento del dolore oncologico severo di tipo misto, nel contesto delle Cure Palliative Specialistiche domiciliari.

METODO: Lo studio sarà di tipo interventistico, a singolo braccio, prospettico, multicentrico. Verranno arruolati nell'arco di 18 mesi almeno 20 pazienti affetti da patologia oncologica che presentino dolore severo di tipo misto non precedentemente trattato con oppiacei maggiori, in carico ai servizi di Cure Palliative domiciliari dei centri partecipanti. Tra i principali criteri di esclusione è stata considerata la presenza in anamnesi di una severa comorbidità cardiovascolare e aritmica. I pazienti verranno trattati con metadone a dosaggi giornalieri di partenza di 4-6 mg per via orale, utilizzando lo stesso principio attivo per le rescue medications. Le eventuali problematiche di approvvigionamento e difficoltà ambientali nella somministrazione del farmaco a domicilio, unitamente alla registrazione dell'efficacia del trattamento e degli effetti collaterali, saranno riportate su due apposite Case Report Form (Scheda Raccolta Dati), una per il paziente (particolare in figura 1), una per il caregiver.

Sulla CRF Paziente all'arruolamento verranno raccolti dal medico i dati anagrafici del paziente, i dati anamnestici relativi alla patologia oncologica, ai trattamenti eseguiti, alle comorbidità ed alla terapia abituale. Verrà poi valutato il dolore in tutte le sue componenti, utilizzando lo schema PQRST e il questionario DN4. La presenza e l'intensità di altri sintomi verrà registrata mediante la scala ESAS. Queste rilevazioni verranno eseguite e annotate all'arruolamento (baseline, t0) e ripetute a distanza di sette giorni per tre volte (t7, t14, t21). Verranno inoltre valutati gli effetti collaterali della terapia in atto mediante un grading da G0 a G5 (items CTCAE v.5.0 corrispondenti agli effetti collaterali del metadone come da scheda AIFA).

Sulla CRF Caregiver saranno valutati i sintomi tramite ESAS, al baseline e in t7, t14 e t21, e verrà anche annotata, utilizzando una scala numerica da 0 a 10, la difficoltà nel reperimento del metadone, le difficoltà a comprendere le spiegazioni sull'utilizzo del metadone, la difficoltà a gestire i sintomi del paziente. Per queste informazioni è prevista anche la risposta a una domanda aperta. La causa di eventuale uscita dallo studio andrà correttamente annotata sulla CRF.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Data..... (t 7)											
Sede del dolore											
PQRST Valutazione del dolore											
P (Provocazione / Palliazione)	Cosa lo ha provocato? Cosa lo allevia?										
Q Qualità	Nocicettivo ☐ Neuropatico ☐ Misto ☐ Altro ☐										
R Radiazione	Si irradia? SI / No Dove?										
S Severità	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Media ultime 24h	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Max ultime 24h	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
T Tempo	Background pain nella settimana precedente (senza terapia): ☐ >= 12h/die ☐ < 12h/die										
DN4 (Dolore neuropatico) / 10											
1. Bruciante/urente ☐ 2. Freddo doloroso ☐ 3. Scariche elettriche ☐ 4. Formicolio ☐ 5. Punture spillo ☐ 6. Intorpidimento ☐ 7. Prurito ☐ 8. Ipoestesia tatto ☐ 9. Ipoestesia puntura ☐ 10. Sfioreamento cute ☐											
Rescue medications (media ultimi 7gg): /die											
ESAS (media settimana)	0-10		CTCAE (eventi avversi)						G 0-4		
Dolore			Nausea/vomito								
Affaticamento			Costipazione								
Nausea			Xerostomia								
Ansia			Ritenzione urinaria								
Depressione			Ipotensione								
Dispnea			Ipersonnia								
Insonnia			Aritmie cardiache								
Sonnolenza			Delirium								
Malessero			Altro.....								
Inappetenza			Altro.....								

RISULTATI: Lo studio vorrà analizzare come obiettivo primario la fattibilità e l'accettabilità, da parte del paziente e dei caregivers, dell'utilizzo del metadone come farmaco di prima scelta anche nel contesto domiciliare, e come obiettivo secondario valuterà l'efficacia e il profilo di sicurezza.

CONCLUSIONI: Il metadone in ambito sanitario è stato impiegato soprattutto per il trattamento della dipendenza da eroina e da altri oppiacei, infatti è tuttora oggetto di stigma sociale e di numerose barriere normative e culturali. Oggi è riconosciuto come un farmaco essenziale nella gestione del dolore cronico severo, in particolare nelle Cure Palliative. Questo protocollo di studio vuole provare ad allargare, alla luce delle evidenze emerse dalla letteratura recente, l'ambito di utilizzo del metadone, andando a indagare la fattibilità e la accettabilità da parte dei pazienti e delle famiglie nel contesto delle Cure Palliative domiciliari, setting più fragile rispetto a quello residenziale.

BIBLIOGRAFIA:

1. Caraceni A, Shkoda M. Cancer Pain Assessment and Classification. Cancers (Basel) (2019) 11:510.
2. McPherson ML, Costantino RC, McPherson AL. Methadone: Maximizing Safety and Efficacy for Pain Control in Patients with Cancer. Hematol Oncol Clin North Am (2018) 32:405–415.
3. Mercadante S, Bruera E. Opioid switching in cancer pain: From the beginning to nowadays. Crit Rev Oncol Hematol (2016) 99:241–248.
4. Mercadante S, Adile C, Ferrera P, Pallotti MC, Ricci M, Bonanno G, Casuccio A. Methadone as First-line Opioid for the Management of Cancer Pain. The Oncologist (2022) 27:323–327.

L'IMPATTO DELLA LEGGE 219/2017 SULLA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE NEI PAZIENTI CON SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UNA PROSPETTIVA CLINICA

Andrea Calvo¹, Francesca Palumbo¹, Antonio Canosa¹, Umberto Manera¹, Rosario Vasta¹, Enrico Matteoni¹, Sara Cabras¹, Adriano Chiò¹, Cristina Moglia¹

¹Dipartimento di Neuroscienze Rita Levi Montalcini, Università di Torino, AOUCittà della Salute e Scienza di Torino, Torino, Italia

SCOPO: In Italia, nel 2018, a seguito di un intenso dibattito sociale, politico, e culturale, è entrata in vigore la Legge 219/2017-“Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento” (1). Questa Legge sottolinea l'importanza della condivisione medico-paziente dei processi decisionali inerenti le misure sanitarie, esottolinea l'importanza delle Direttive Anticipate di trattamento per consentire il rispetto delle preferenze del paziente (2). I pazienti con SLA sono direttamente coinvolti dagli effetti di questa Legge, soprattutto nelle fasi terminali di malattia, poiché chiamati a prendere decisioni in merito a trattamenti di supporto vitale come la ventilazione invasiva e la nutrizione artificiale (3). Tuttavia, ad oggi solo pochi studi hanno indagato il reale impatto di tale Legge sulle pratiche di fine vita nei pazienti SLA. L'obiettivo di questo studio è di valutare la diffusione della pianificazione condivisa delle cure nei pazienti SLA, la concordanza tra le preferenze espresse ai pazienti ed i trattamenti sanitari ricevuti, prima e dopo l'entrata in vigore della Legge.

METODO: Abbiamo retrospettivamente analizzato i dati di registro dei pazienti afferiti al Centro SLA di appartenenza dal 2008 al 2020. Sono stati raccolti dati demografici e clinici, nonché la frequenza della pianificazione condivisa delle cure, le preferenze dei pazienti riguardo il posizionamento della tracheostomia, e gli outcome di fine vita.

RISULTATI: Dei 1215 pazienti esaminati, in 650 (53.4%) casi è stata effettuata una Pianificazione Condivisa delle Cure. Abbiamo osservato un significativo incremento della frequenza della pianificazione condivisa delle cure prima e dopo la Legge, dal 45.5% al 61.8% ($p < 0.001$). Non abbiamo osservato alcuna differenza significativa in termini di concordanza tra le preferenze espresse ed i trattamenti ricevuti, che si mantiene sempre elevata, sia prima (91.02%) che dopo (93.70%) la Legge. Inoltre, abbiamo osservato una significativa riduzione dei tempi di avvio della pianificazione condivisa delle cure, che si è ridotta da 22.65 (SD 20.18) mesi a 16.31 (SD 12.19) mesi in media ($p < 0.001$).

CONCLUSIONI: Questi risultati sottolineano l'impatto significativo della Legge sulla diffusione della Pianificazione condivisa delle Cure nei pazienti affetti da SLA. Abbiamo infatti osservato che l'entrata in vigore della Legge risulta essere associata non solo con una maggiore frequenza della pratica di pianificazione condivisa delle cure, ma anche un più precoce avvio di tale pratica. Questi risultati sono particolarmente rilevanti considerata la crescente attenzione intorno alle tematiche del fine vita in Italia, la quale rappresenta un contesto peculiare ove solo in tempi relativamente recenti sono state elaborate regolamentazioni intorno a tali procedure sanitarie. Ulteriori studi, inclusi studi longitudinali, sono necessari per valutare l'impatto a lungo termine della Legge su tali pratiche cliniche.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

TRA DESIDERIO DI MORTE E RISCOPERTA DEL SENSO: L'INTERVENTO DI UNEQUIPE DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI SUL DISTRESS ESISTENZIALE

Annarita Cairni¹, Daniela Giulia MEmolli¹, Tatiana Galli¹, Banfi Michela¹, Maria Carmen Toia¹

¹ASST Rhodeense, Garbagnate Milanese, Italia

SCOPO: Il desiderio di suicidio assistito in pazienti con malattia avanzata spesso emerge dalla perdita di autonomia e dalla percezione di una vita priva di significato. Questo caso clinico esplora l'evoluzione del desiderio di una giovane donna in fase avanzata di malattia, consapevole del suo percorso clinico, ma intenzionalmente ignara della prognosi, e il ruolo cruciale delle cure palliative domiciliari nel percorso di intervento sul distress esistenziale e nell'accompagnamento nel processo decisionale sul fine vita.

L'obiettivo è mostrare come le cure palliative, nella loro dimensione bio-psico-sociale-esistenziale, possano accompagnare anche le scelte più difficili, sostenendo la persona nel suo processo decisionale, senza giudizio e con profondo rispetto.

METODO: Il caso riguarda una giovane donna con neoplasia ovarica avanzata, in trattamento con l'ennesima linea chemioterapica, successivamente sospesa a causa degli effetti collaterali particolarmente debilitanti.

La paziente, pur consapevole di diagnosi e di tutto il percorso terapeutico, aveva scelto esplicitamente di non conoscere i dettagli della prognosi, mantenendo una visione del tempo di vita come potenzialmente esteso. In questo contesto di precarietà delle condizioni cliniche, aveva espresso il desiderio di ricorrere al suicidio assistito in Svizzera nel caso non avesse recuperato l'autonomia funzionale, ritenendo la propria vita priva di senso in condizioni di dipendenza e in assenza della vitalità che l'ha sempre contraddistinta.

La presa in carico da parte del servizio di cure palliative domiciliari ha avuto inizio in questa fase, coinvolgendo fin da subito tutta l'equipe (medico, infermiera, psicologa e fisioterapista) ed anche la famiglia. L'approccio integrato e personalizzato, attento all'ascolto e alla relazione, ha permesso di lavorare sia sul piano del controllo dei sintomi fisici sia su quello del supporto psicologico ed esistenziale. Particolare attenzione è stata rivolta al rispetto della volontà della paziente di non conoscere i dettagli prognostici, mantenendo comunque un dialogo costante sulla sua percezione della qualità del tempo e sui suoi desideri.

RISULTATI: Nel corso della presa in carico si è assistito a un progressivo miglioramento dei sintomi, in particolare dell'astenia, che ha permesso alla paziente di recuperare alcune autonomie funzionali e, soprattutto, una rinnovata percezione di senso. Ha ripreso a progettare il proprio futuro: ha ristrutturato una parte della casa dei genitori dove meditava di trasferirsi, ha ripreso a frequentare amici, ha fatto un viaggio a Siviglia con la madre e la cugina, è tornata a lavorare e ha ricominciato a occuparsi della sua vecchia casa. In questa fase, il tema del suicidio assistito non è stato più menzionato.

Questo periodo di benessere soggettivo è stato vissuto come una "parentesi di vita" libera dalla medicalizzazione, dagli effetti collaterali dei trattamenti e dalle attese ospedaliere. Tuttavia, rimaneva l'ambivalenza di fondo: da un lato, una progettualità intensa e viva, dall'altro la consapevolezza implicita della precarietà della propria condizione e l'attesa silenziosa dei risultati della rivalutazione clinica.

Gli esami strumentali hanno evidenziato una progressione della malattia e confermato l'assenza di ulteriori possibilità terapeutiche attive. Questo è stato un momento fondamentale nel percorso di consapevolezza della prognosi, con la presa di coscienza della paziente sulla limitatezza del tempo a disposizione, portandola a una nuova fase di elaborazione emotiva e decisionale. Ha iniziato a contemplare la possibilità di una vita con restrizioni parziali della sua autonomia, trovando un senso nella sua dimensione di valore, interrogandosi quotidianamente sul suo livello di accettabilità e confrontandosi con emozioni profonde e desideri esistenziali.

Con l'equipe si è avviato un confronto lucido sulle possibili evoluzioni della sua condizione clinica e si è aperto un dialogo franco e rispettoso sulle opzioni disponibili sulla base di quello che lei avrebbe o non avrebbe accettato, inclusa la sedazione palliativa come risposta non solo a sintomi refrattari fisici, ma anche a un potenziale distress esistenziale refrattario. La paziente ha voluto mantenere il pieno controllo sulle modalità e sui tempi, confrontandosi anche con la famiglia, che pur nella sofferenza ha accettato e sostenuto il percorso.

La paziente ha mantenuto fino alla fine una piena consapevolezza delle proprie scelte, curando con attenzione tutti i dettagli del proprio congedo: ha salutato gli amici, pianificato il funerale, dato disposizioni per i propri beni. Il progressivo peggioramento clinico ha portato ad un'ulteriore e importante perdita di autonomia e a questo punto la paziente ha ritenuto non più dignitoso il suo modo di vivere ed ha concordato



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



con l'équipe e la famiglia l'inizio della terapia sedativa, posticipata di un giorno solo per dare tempo al fratello di accettare la situazione.

È deceduta serenamente 24 ore dopo l'inizio della sedazione, con accanto i propri familiari.

CONCLUSIONI: Questo caso rappresenta il valore delle cure palliative come lavoro di équipe e spazio di cura relazionale e personalizzata, capace di accogliere ogni tipo di sofferenza, accompagnando la persona anche nei percorsi più complessi e ambivalenti. La possibilità di lavorare sulla qualità del tempo residuo, sul significato della vita e della morte, e sul rispetto profondo dell'autodeterminazione ha permesso alla paziente di affrontare il proprio fine vita in modo coerente con i propri valori, esercitando una libertà piena, lucida e responsabile. Il coinvolgimento della famiglia, il continuo confronto in équipe e la continuità dell'accompagnamento hanno contribuito a creare un contesto affettivo e protetto nel quale la paziente ha potuto morire come desiderava: serena, consapevole, e riconciliata.

BIBLIOGRAFIA:

1. Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Carta delle cure palliative e dei diritti dei morenti. 2022.
2. Caneva C, Galli G. Autodeterminazione, dignità e cure palliative: percorsi possibili nel fine vita. Rivista Italiana di Cure Palliative. 2021;23(2):97-104.
3. Meier DE, et al. A national strategy for palliative care. J Palliat Med. 2017;20(11):1180-1184.
4. Ambroset S, Orsi L. Quando tutto è dolore. Cure palliative e sofferenza esistenziale alla fine della vita. Armando Editore. 2017
5. Ambroset S. Tulo faresti? La relazione d'aiuto tra cure palliative e morte volontaria assistita. Armando Editore. 2023.
6. Ostaseski F. Saper accompagnare. Aiutare gli altri e se stessi ad affrontare la morte. Oscar Saggi Mondadori. 2006



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RICONOSCIMENTO DELLA FRAGILITÀ E DEI BISOGNI DI CURE PALLIATIVE NEGLI OVER 75 CHE ACCEDONO AL PRONTO SOCCORSO CON CODICE ARANCIONE

Flavia Mezja¹, Michele Schirru², Filippo Galbiati², Chiara Mussi³, Ignazio Renzo Causarano²

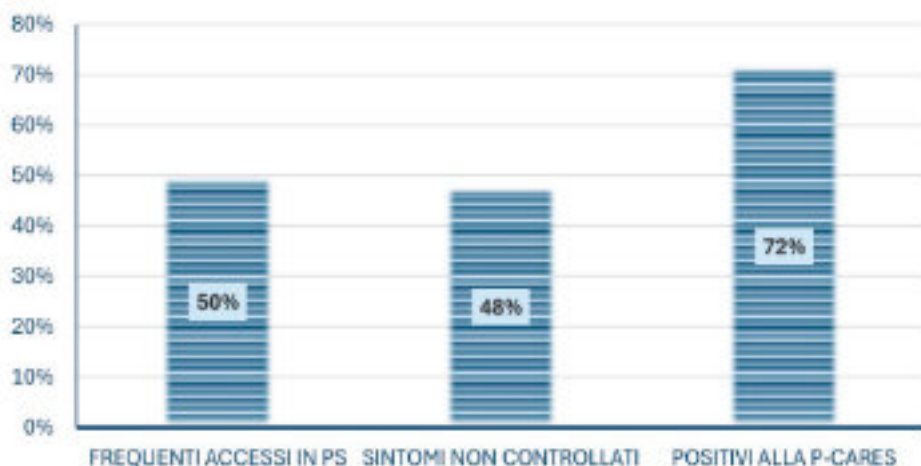
¹ ASST Brianza, Vimercate, Italia, ² ASST Niguarda, Milano, Italia, ³ Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia

SCOPO: Gli accessi in Pronto Soccorso (PS) di pazienti fragili e/o con necessità di cure palliative evidenziano le difficoltà e le carenze dei sistemi sanitari ospedalieri e territoriali nell'identificare e trattare tempestivamente i loro bisogni. È stato così delineato questo studio osservazionale monocentrico con utilizzo di scale di valutazione per poter identificare quali siano le più utili e veloci da somministrare da parte del personale per poter identificare la fragilità e i bisogni di cure palliative in chi accede ai dipartimenti di emergenza-urgenza.

METODO: Sono stati reclutati i primi 10 pazienti che hanno avuto accesso in PS il lunedì, il mercoledì e il venerdì tra il 1 Marzo 2024 e il 31 Maggio 2024, che avevano 75 anni o più e a cui al triage veniva assegnato il codice arancione. I test di valutazione somministrati in PS sono stati: ADL, IADL, SPMSQ, 4AT, Scala di Exton per il rischio di lesioni da pressione, MNA-SF per lo stato nutrizionale, SAHFE per la deambulazione, CIRS per comorbidità e severità, CFS, è stato calcolato l'MPI, KPS, se erano avvenute recenti cadute, la presenza di dolore con NRS o PAINAD, la somministrazione di P-CaRES e NECPAL. È stato poi effettuato un follow-up telefonico a 6 mesi ricontattando i pazienti che erano risultati con $CFS \geq 7$ e/o $MPI \geq 3$ per rivalutare i seguenti item: mortalità a 6 mesi, variazione delle autonomie, la comparsa di sintomi non controllati, la capacità di deambulazione, se erano avvenute cadute, se era variato lo status abitativo e se era presente un servizio di Cure Palliative. Per la valutazione dei dati è stata considerata statisticamente significativa una $p < 0,05$.

RISULTATI: Il campione di pazienti reclutati in PS è composto dal 50,5% di uomini e dal 49,5% di donne, di età media 82,36 anni gli uomini e 82,95 anni le donne. La maggior parte dei pazienti ha $ADL \geq 5$ (65,9%) e $IADL \geq 5$ (57,6%), ovvero è in buone condizioni generali. L'82,6% di chi ha ricevuto 'no' come risposta alla domanda sorprendente ha $ADL < 5$ ($p < 0,001$), mostrando l'elevata correlazione tra peggioramento delle autonomie e rischio di decesso entro 12 mesi. Alla P-CaRES il 12,3% del totale dei pazienti intervistati è risultato affetto da cancro in stadio avanzato ed è stata la patologia maggiormente rappresentata; inoltre, il 50% di chi ha effettuato frequenti visite in PS è morto entro 6 mesi ($p = 0,039$), così come è deceduto entro 6 mesi il 48,1% di chi aveva sintomi non controllati ($p = 0,005$); infine, il 72,2% di coloro che sono risultati positivi per bisogni di cure palliative alla P-CaRES è morto entro 6 mesi, con alta significatività statistica ($p = 0,017$) e dati confermati dalla letteratura.

MORTALITÀ A 6 MESI



Alla NECPAL è stato osservato che il 45,8% di chi ha deficit nutrizionali è morto entro 6 mesi ($p = 0,036$) e anche questi dati sono stati confermati dalla letteratura; inoltre, è morto entro 6 mesi il 60% di coloro che



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



hanno fatto utilizzo di risorse ospedaliere ($p=0,042$); infine, il 46,2% di coloro affetti da cancro avanzato è morto entro 6 mesi ($p=0,042$), come riportato anche in letteratura. È stata osservata una significatività statistica con la sopravvivenza a 6 mesi di coloro che hanno patologie cronico-degenerative di tipo neurologico (25% di sopravvissuti, $p=0,040$) così come di chi soffre di demenza (50% dei sopravvissuti, $p=0,032$), come già noto da pregressi studi scientifici. È stato osservato che la fragilità alla CSF non è in grado di prevedere la mortalità a 6 mesi così come non si riesce calcolando l'MPI.

I pazienti ad alto rischio di mortalità a 6 mesi ($MPI=3$) erano il 12,3% del campione mentre il 19,1% ha un $CFS \geq 7$, per un totale di 75 persone che sono state ricontattate a 6 mesi per il follow-up. A 6 mesi i deceduti sono il 49,3%. Tra i sopravvissuti, l'80,6% nell'arco dei 6 mesi ha avuto sintomi non controllati ed il sintomo maggiormente lamentato è stato il dolore (69,4%). Infine, a 6 mesi il 44,4% di questi pazienti è incapace di deambulare e l'82,9% vive a domicilio con il supporto di un caregiver.

CONCLUSIONI: L'aumento del numero di persone anziane, affette da una o più patologie cronico-degenerative che le rendono fragili e/o bisognose di cure palliative, costituisce una sfida crescente. Questo insieme di fattori porta spesso questi pazienti a ricorrere al PS, poiché non vengono identificati tempestivamente né adeguatamente supportati con i dovuti servizi. L'adozione della P-CaRESS mostra fondamentale per individuare queste persone quando accedono ai dipartimenti di emergenza-urgenza. Inoltre, la figura del geriatra risulta la migliore per poter identificare la fragilità e i bisogni dei pazienti e capire quali servizi opportuni offrire. Tuttavia, per trovare soluzioni adeguate, saranno necessari incentivi e l'implementazione dei servizi.

BIBLIOGRAFIA:

- Koyavatin S, Liu SW, Sri-on J. A comparison of palliative care and rapid emergency screening (P-CaRES) tool, broad and narrow criteria, and surprise questions to predict survival of older emergency department patients. *BMJ Palliat Care*. 27 giugno 2023;22(1):81.
- Kirkland SW, Yang EH, Garrido Clua M, Kruhlak M, Campbell S, Villa-Roel C, et al. Screening tools to identify patients with unmet palliative care needs in the emergency department: A systematic review. *Acad Emerg Med Off J Soc Acad Emerg Med*. ottobre 2022;29(10):1229–46.
- Tripodoro VA, Llanos V, Daud ML, Muñoz P, Del Mar E, Tranier R, et al. Palliative and prognostic approach in cancer patients identified in the multicentre NECesidadesPALiativas 2 study in Argentina. *ecancer medical science*. 10 novembre 2021;15:1316.
- Tripodoro VA, Llanos V, De Lellis S, Salazar Güemes C, De Simone GG, Gómez Batiste X. Prognostic factors in cancer patients with palliative needs identified by the NECPALCCOMS-ICO© tool. *Medicina (Mex)*. 2019;79(2):95–103.
- Murray SA, Sheikh A. Palliative Care Beyond Cancer: Care for all at the end of life. *BMJ*. 26 aprile 2008;336(7650):958–9.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

RISULTATI DI UNA SURVEY SULLA SEDAZIONE PALLIATIVA RIVOLTA AI MEDICI PALLIATIVISTI DOMICILIARI

Carlo Lucarini¹, Giovanni Piccinelli¹, Francesca Vidali¹, Martina Ballerini¹, Simone D'Alpaos¹

¹Fondazione Sartori, Pavia, Italia

SCOPO: Raccolta di risposte al tema sedazione palliativa (SP) in ambito domiciliare e valutazione dell'aderenza con le linee guida sulla sedazione palliativa SICP-SIAARTI (LG-SP).

METODO: Da Febbraio ad Aprile 2025 sono state raccolte 50 survey somministrate in modo anonimo, tramite la piattaforma "Google Moduli", a medici palliativisti domiciliari riguardanti la sedazione palliativa. La survey presenta 13 domande, di cui 3 a risposta aperta.

RISULTATI: La survey ha prodotto i seguenti risultati suddivisi per domanda:

- 1) Sulla base della tua esperienza quanti pazienti, in carico alle CP-dom, giungono al decesso al domicilio? 31,7% dei medici ha risposto 81-90% seguito da 22% che ha riportato una quota rispettivamente di 91-100% e 71-80%.
- 2) Quanti dei pazienti in carico alle CP-dom che giungono al decesso al domicilio necessitano di una sedazione palliativa? 22% ha risposto 31-40% dei pazienti, 19,5% ha risposto 41-50%, 14,6% ha indicato rispettivamente 81-90% e 51-60%.
- 3) Quale parametro guida la tua decisione per proporre una sedazione palliativa al domicilio? L'80,5% dei medici ha indicato "Tutte le precedenti" dove si intende: Dolore, Agitazione psicomotoria/Delirio, Distress psicoesistenziale, Dispnea.
- 4) Quale modalità prediligi per condurre una sedazione palliativa al domicilio? 53,7% delle risposte è stata "Continua s.c.", 24,4% "A boli refratti s.c.", 14,6% "Continua e.v".
- 5) Quanto intercorre, in media, tra l'inizio della sedazione palliativa e il decesso? 24-48 ore 56,1% delle risposte, 36,6% invece nell'intervallo 48-72 ore.
- 6) Riguardo la scelta dei farmaci la maggior parte dei clinici ha indicato, preferenzialmente, i seguenti principi attivi: Midazolam, Morfina, Aloperidolo, Scopolamina.
- 7) Le classi farmacologiche più frequentemente combinate sono: Benzodiazepina + Oppioide, Benzodiazepina + Oppioide + Neurolettico e, in ultimo, Benzodiazepina + Oppioide + Neurolettico + Antimuscarinico.
- 8) Cosa ti guida nella scelta della combinazione dei farmaci? Più sintomi da controllare (45 risposte su 50), Sfruttare l'azione sinergica tra farmaci (41 risposte su 50), Presenza di sintomo refrattario (29 risposte su 50).
- 9) Utilizzi dosi cariche per intraprendere una sedazione palliativa? Sì nel 65% dei casi, nella maggior parte del caso per titolare il farmaco e in seconda battuta per indurre un migliore e più rapido controllo del sintomo da gestire.
- 10) Quando, con il paziente, affronti la tematica della sedazione palliativa? 39% in presenza di un sintomo refrattario, 26,8% in occasione di una significativa perdita di autonomia, 9,8% in un contesto terminale (prognosi ore/giorni).
- 11) Quali criticità nel comunicare la necessità di una sedazione palliativa? 31,7% fare comprendere le indicazioni mediche, 29,3% fare comprendere la prognosi infausta nel brevissimo periodo, 26,8% fare comprendere cosa si deve attendere il caregiver dal contesto sedativo.
- 12) Sedazione palliativa al domicilio? Vi sono limiti tecnico-pratico-gestionali? 68,3% delle risposte è "Sì".
- 13) Quali? 75% delle risposte è riferita alla Gestione del caregiver, 35,7% impossibilità di modificare i parametri della sedazione palliativa, 25% mancanza di feedback stretto sull'adeguatezza della sedazione.

CONCLUSIONI: Ad un elevato numero di decessi dei pazienti in carico alle CP-dom segue, proporzionalmente un elevato numero di pazienti che necessitano di sedazione palliativa, i sintomi guida sono uniformemente riconosciuti come il dolore, l'agitazione o il delirio, il distress psicoesistenziale e la dispnea. Quando si intraprende una sedazione palliativa nella maggior parte dei casi si utilizza la via sottocutanea utilizzando presidi per l'infusione continua. Le sedazioni palliative nella maggior parte dei casi durano tra le 24 e le 72 ore. Le categorie farmacologiche più utilizzate sono Benzodiazepine (preferenza assoluta per il Midazolam), gli oppioidi (preferenza assoluta Morfina), Neurolettici (preferenza assoluta



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Aloperidolo) e Scopolamina come farmaco ad azione antimuscarinica. Nella maggior parte dei casi i farmaci si associano per gestire più sintomi o per sfruttare l'azione sinergica tra gli stessi. Le dosi di carico per l'inizio di una sedazione palliativa si utilizzano nel caso di sintomi da controllare subito. La tematica della sedazione palliativa viene trattata in presenza di un sintomo refrattario o in concomitanza di una significativa perdita di autonomia da parte del paziente. Le criticità nel comunicare l'indicazione ad una sedazione palliativa riguardano fare comprendere la severità della prognosi nel brevissimo periodo e cosa si deve attendere il caregiver dal contesto sedativo. Quasi il 70% dei medici intervistati ritiene che vi siano dei limiti alla SP al domicilio specie nella gestione del caregiver (su SP > 72 ore), sull'impossibilità di modificare i parametri della sedazione e sulla mancata di feedback stretto per valutare l'adeguatezza della sedazione. La survey sulla SP domiciliare condotta su un campione anonimo di palliativisti domiciliari conferma quanto la pratica sedativa al domicilio sia allineata alle linee guida SIAARTI-SICP sulla sedazione palliativa sia per quanto riguarda gli aspetti gestionali sia per le scelte farmacologiche.

BIBLIOGRAFIA:

Linee Guida sulla Sedazione palliativa SIAARTI- SICP 2023



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE IN PRONTO SOCCORSO: SEDAZIONE PALLIATIVA E PROFILO CLINICO DEI PAZIENTI DECEDUTI. UNO STUDIO PILOTA OSSERVAZIONALE-DESCRITTIVO (STUDIO PACARED)

Luca Bottero¹, Barbara Ramassotto¹, Graziella Costamagna¹, Andrea Ricotti¹, Mauro Mezzabotta¹, Consiglia Coccozza¹, Valerio Dimonte², Beatrice Albanesi²

¹Azienda Ospedaliera Ordine Mauriziano, Ospedale Umberto I, Torino, Italia, ²Dipartimento di Scienze della Sanità Pubblica e Pediatriche, Università degli Studi di Torino, Torino, Italia

Scopo. L'invecchiamento della popolazione e l'aumento della fragilità hanno aumentato la domanda di cure palliative (CP) in pronto soccorso (PS), dove pazienti con malattia acuta o terminale cercano assistenza per esacerbazioni o peggioramenti della loro condizione. La maggior parte dei pazienti in PS non necessita di un approccio palliativo avanzato o specialistico ma richiede piuttosto l'erogazione di CP di base o primarie. Le CP primarie comprendono l'identificazione precoce dei bisogni, la gestione del dolore e dei sintomi refrattari, il supporto psicologico e sociale per il paziente e la sua famiglia e la pianificazione anticipata delle cure, incluse le direttive anticipate di trattamento. Tra i numerosi interventi di CP, la sedazione palliativa risulta essere uno strumento essenziale per il controllo dei sintomi nei pazienti terminali: in PS, può essere utilizzata per ridurre o eliminare i sintomi refrattari nei pazienti terminali (1). L'obiettivo generale dello studio è descrivere l'applicazione iniziale, su piccola scala, di un protocollo di ricerca finalizzato a rilevare il profilo clinico dei pazienti deceduti in un PS italiano ai quali sono stati erogati interventi riconducibili alle CP primarie, in particolare quelli di sedazione palliativa.

Metodo. Studio pilota osservazionale-descrittivo di tipo retrospettivo e monocentrico. Il report ha seguito l'approccio metodologico STROBE (STrengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology) (2). Lo studio è stato condotto presso un PS italiano (Hub di II livello). I dati sono stati raccolti per i pazienti adulti (maggiore o uguale a 18 anni) deceduti durante il ricovero in PS nel periodo compreso tra il 01/01/2023 e il 31/12/2023 (12 mesi). Sono stati inclusi i pazienti che hanno ricevuto sedazione palliativa, considerata un indicatore (proxy) di CP primarie. La sedazione palliativa è stata definita secondo le Linee Guida pubblicate dalla Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Trattandosi di uno studio pilota, questo non è stato condotto con l'obiettivo di trarre inferenze e non ha richiesto una stima della potenza statistica. È stato incluso un campione pilota di 30 pazienti (3). I dati sono stati estratti attraverso il software Research Electronic Data CAPture (REDCap) e analizzati attraverso statistica descrittiva. Per la conduzione dello studio è stato ottenuto parere favorevole da parte del Comitato Etico Territoriale Interaziendale.

Risultati. Nel 2023, il PS ha registrato 54547 accessi, con un tasso di mortalità in PS dello 0,49% (n = 270). Tra i 30 pazienti inclusi l'86,7% (n = 26) aveva un'età compresa tra 80 e 99 anni. Il 56,7% (n = 17) aveva un codice di triage elevato (rosso-emergenza, arancione-urgenza), e la dispnea era il sintomo più frequente (53,3%, n = 16). Nel 90% (n = 27) dei casi sono stati eseguiti esami di laboratorio. Solo il 3,3% (n = 1) ha ricevuto una consulenza specialistica di CP, il 66,7% (n = 20) non aveva una diagnosi di tumore concomitante e il 93,3% (n = 28) non era seguito dai servizi di CP territoriali. Nel 63,3% dei casi (n = 19), la sedazione è stata ottenuta mediante una combinazione farmacologica di Midazolam e Morfina in infusione continua, mentre nel 36,7% dei casi (n = 10) è stata somministrata solo Morfina. Le diagnosi di dimissione dei pazienti, secondo la classificazione ICD-9, erano prevalentemente relative a malattie dell'apparato respiratorio (n = 13, 43,3%) tra cui insufficienza respiratoria, bronco-polmonite e polmone batterico. Il tempo mediano di attesa per la visita in PS è stato di 0,6h (IQR 0,3-1,5), mentre la degenza mediana di 33,1h (IQR 12,2-73,0).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

STRUMENTI DIAGNOSTICI PER IL DISTURBO DA USO DI OPIOIDI NEI PAZIENTI CON DOLORE DA CANCRO: UNA REVISIONE SISTEMATICA

Giacomo Massa^{1,2}, Francesca Ricchini¹, Alice Somenzi³, Elena Tacchino¹, Ernesto Zecca¹, Augusto Caraceni^{1,2}

¹ Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, SC Cure Palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione, Milano, Italia, ² Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Dipartimento di Eccellenza 2023-2027, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia, ³ UOC Cure Palliative, ASST Cremona, Cremona, Italia

OPPIACEI

Introduzione e scopo: i farmaci oppiacei hanno un ruolo centrale nella gestione del dolore oncologico moderato-severo, nonostante il rischio di sviluppare un disturbo da uso di oppioidi (OUD, Opioid Use Disorder). Nei pazienti oncologici il dolore ha una patogenesi multifattoriale, che spesso peggiora con la progressione di malattia. Pertanto, la diagnosi di OUD è gravata dalla difficoltà nel distinguere tra dipendenza, uso improprio e terapia inadeguata al controllo del dolore severo¹. Sebbene esistano diversi strumenti per valutare il rischio di OUD, l'evidenza rispetto ai metodi diagnostici in questa popolazione è limitata. **Scopo:** Questa revisione sistematica valuta i metodi diagnostici disponibili per l'OUD nei pazienti in terapia con oppiacei per dolore cronico oncologico.

Metodi: la revisione sistematica è stata condotta seguendo le linee guida PRISMA2 e protocollata nel registro PROSPERO (codice: CRD42024621718). La ricerca è stata effettuata usando PubMed, Embase e Cochrane Library, con periodo di selezione dal 1970 al 2025. Sono stati esclusi gli studi focalizzati sulla valutazione del rischio di OUD rispetto alla diagnosi e quelli effettuati nei pazienti affetti da dolore non oncologico. Gli strumenti identificati sono stati classificati in tre categorie, come visibile in Tabella 1: valutazioni cliniche, questionari autocompilati e metodi oggettivi come il test tossicologico urinario (UDS, Urine Drug Screening).

Risultati: sono stati selezionati 12 studi, per un totale di 111436 pazienti oncologici. Gli studi erano così suddivisi: 7 osservazionali retrospettivi, 2 prospettici, 3 case series. Solo 3 studi consideravano pazienti guariti, con dolore cronico residuo. La presenza di comportamenti a rischio è stata valutata in 8 studi, ma sempre in associazione con altri metodi, avendo con un alto tasso di falsi positivi. Pertanto, la valutazione dei comportamenti a rischio rimane uno screening anche nell'iter diagnostico dell'OUD. I questionari autocompilati sono stati gli strumenti diagnostici più utilizzati. Tra questi, il CAGE (Cutdown, Annoyed, Guilty, Eye opener) e la sua versione CAGE-AID (Adapted to Include Drugs) sono stati impiegati in più studi, ma sempre in associazione ad altri strumenti (es. valutazione comportamenti a rischio, UDS o altri questionari). Il SOAPP (Screening and Opioid Assessment for Patient with Pain) è stato impiegato nelle sue tre forme: SOAPP standard, SOAPP-R (versione rivista), SOAPP-SF (Short Form). Il questionario COMIM, usata in uno studio, ha mostrato una maggiore sensibilità diagnostica rispetto a CAGE e UDS, sebbene con limiti legati alla definizione dei cut-off³. In generale, i questionari autocompilati, seppur rapidi da somministrare, hanno mostrato un'alta percentuale di falsi positivi (fino al 68%)⁴, confermando la loro maggiore utilità come test di screening. Per contro, valutazioni cliniche più specifiche come i criteri DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) e ICD-9/10 (International Classification of Diseases) sono usati singolarmente in solo due studi di grandi dimensioni, fornendo una prevalenza di OUD del 2,9% (ma lo studio considerava pazienti guariti)⁵. Infine, il test UDS è stato impiegato in 4 studi come conferma oggettiva. Tuttavia, ha evidenziato una scarsa coerenza nei risultati: in uno studio il 60% dei pazienti con comportamento a rischio aveva UDS positivo per sostanze non prescritte, ma nel 39% dei casi risultava negativo a quelle prescritte, sollevando dubbi sulla sua affidabilità in questa popolazione di pazienti⁶. La prevalenza di OUD variava considerevolmente tra gli studi (dal 2,9% al 30%), suggerendo una forte influenza del metodo diagnostico utilizzato^{5,7}. In generale, gli approcci combinati (es. questionari + UDS + valutazioni cliniche) sembrano offrire una maggiore accuratezza.

Tuttavia, in relazione al rischio di misuso per dolore non controllato in questa particolare popolazione, la diagnosi di OUD è difficile e necessita di più strumenti. I principali limiti di questa revisione riguardano l'eterogeneità dei metodi diagnostici, la variabilità dei cut-off, la presenza di case report e la natura retrospettiva degli studi analizzati.

Conclusioni: sebbene gli approcci multimodali sembrino promettenti, spesso sono mutuati dalla valutazione del rischio di OUD in pazienti non oncologici. Questa revisione sottolinea la necessità di costituire una rete tra centri per condividere le conoscenze e avere dati da realtà diverse. Inoltre, un lavoro

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



di rete sarà fondamentale per sviluppare strumenti diagnostici specifici di OUD nell'ambito del dolore da cancro.

Bibliografia parziale:

1. Dalal S, Bruera E. Pain Management for Patients With Advanced Cancer in the Opioid Epidemic Era. American Society of Clinical Oncology Educational Book [Internet]. 2019[cited 2025 Apr 20]; Available from: https://ascopubs.org/doi/10.1200/EDBK_100020
2. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. BMJ. 2021 Mar 29;372:n71.
3. Moryl N, Mendoza TR, Horn SD, Eustaquio JC, Cleeland CS, Inturrisi C. Should We Use COMM (Current Opioid Misuse Measure) to Screen for Opioid Abuse in Patients With Cancer Pain? J Natl Compr Canc Netw. 2023 Nov 21(11):1132-1140.e3.
4. Kwon JH, Tanco K, Park JC, Wong A, Seo L, Liu D, et al. Frequency, Predictors, and Medical Record Documentation of Chemical Coping Among Advanced Cancer Patients. Oncologist. 2015 Jun;20(6):692-7.
5. Vitzthum LK, Riviere P, Sheridan P, Nalawade V, Deka R, Furnish T, et al. Predicting Persistent Opioid Use, Abuse, and Toxicity Among Cancer Survivors. J Natl Cancer Inst. 2020 Jul 1;112(7):720-7.
6. Rauenzahn S, Sima A, Cassel B, Noreika D, Gomez TH, Ryan L, et al. Urine drug screen findings among ambulatory oncology patients in a supportive care clinic. Support Care Cancer. 2017 Jun;25(6):1859-64.
7. Yasin JT, Leader AE, Petok A, Garber G, Stephens B, Worster B. Validity of the screener and opioid assessment for patients with pain-revised (SOAPP-R) in patients with cancer. J Opioid Manag. 2019;15(4):272-4.

VALUTAZIONI CLINICHE				
STRUMENTO	ASSOCIAZIONI	NUMERO DI STUDI (n)	TIPO STUDI	POPOLAZIONE (n)
Behaviours	- CAGE+SOAPP-SF+psychiatric evaluation+urine test; - CAGE; - urine test; - CAGE-AID; - SOAPP-R+urine test; - CAGE-AID+SOAPP;	8	CR; CR; PO; RO; RO; RO; RO; RO	2494
psychiatric evaluation	CAGE+urine test+SOAPP-SF+ behaviours	1	CR	2
ICD-9/10 and DSM 5	-	2	RO; RO	109050
QUESTIONARI AUTOCOMPILATI				
STRUMENTO	ASSOCIAZIONI	NUMERO DI STUDI (n)	TIPO STUDI	POPOLAZIONE (n)
SOAPP	- CAGE-AID+behaviours; - CAGE-AID+behaviours	2	RO; RO	1684
SOAPP-R	behaviours+urine test	1	RO	70
SOAPP-SF	CAGE+urine test+ psychiatric evaluation+behaviours	1		2
HADS	CAGE+ABC	1	CR	3
ABC	CAGE+HADS	1	CR	3
COMM	CAGE+urine test	1	PO	287
CAGE	- SOAPP-SF+behaviours + urine test+ psychiatric evaluation; - behaviours; - HADS+ABC; - COMM+urine test	4	CR; PO; CR; PO	724
CAGE-AID	- behaviours; - SOAPP+behaviours;	3	RO; RO; RO	1784
TEST OGGETTIVI				
STRUMENTO	ASSOCIAZIONI	NUMERO DI STUDI (n)	TIPO STUDI	POPOLAZIONE (n)
Urine test	- CAGE+SOAPP-SF+psychiatric evaluation+behaviours; - behaviours; - SOAPP-R+behaviours; - CAGE+COMM	4	CR; RO; RO; PO	563

Tabella 2. Strumenti indicati per la diagnosi di OUD basati su strumenti multipli e singoli. ABC = Aberrant Behavior Checklist; CAGE = Cut-down, Annoyed, Guilty, Bye-ones; CAGE-AID = CAGE - Adapted to Include Drugs; COMM = Current Opioid Misuse Measure; CS = Case Series; CR = Case Report; DSM = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; HADS = Hospital Anxiety and Depression Scale; ICD = International Classification of Diseases; OUD = Opioid Use Disorder; PO = Prospective Observazionale; RO = Retrospective Osservazionale; SOAPP = Screener and Opioid Assessment for Patients with Pain; SOAPP-R = SOAPP - Revised Version; SOAPP-SF = SOAPP - Short Form.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

LE LESIONI DA PRESSIONE NELLE CURE PALLIATIVE: PREVALENZA E FATTORI DI RISCHIO IN UNA COORTE DI PAZIENTI RICOVERATI IN SETTING RESIDENZIALE

Romina Shazivari¹, Tania Carta¹, Elena Angeli¹, Stefania Cheli², Mokhles Chaieb¹, Sofia Dinegro², Paolo Franceschi¹, Michaela Smolkova¹, Agostino Zambelli¹

¹ SSD Hospice Malattie Infettive ASST FBF-Sacco, Milano, Italia, ² SCICPS Farmacovigilanza e Ricerca Clinica Dip Scienze Biomed e Clin ASST FBF-Sacco Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

SCOPO: Il controllo dei sintomi nelle cure palliative mira non solo a prevenire ed alleviare la sofferenza attraverso una gestione efficace del dolore e di altri sintomi correlati alla malattia principale, ma anche a gestire le eventuali co-morbidità presenti, al fine di migliorare la qualità di vita dei malati affetti da patologie inguaribili. In quest'ambito, le lesioni da pressione (LDP) rappresentano un aspetto rilevante per il paziente in fase terminale e la sua complessa gestione, sia per la loro frequenza che per l'impatto in termini di cura dei sintomi, carico assistenziale ed anche di possibili costi.

L'obiettivo di questo studio è stato quello di valutare la prevalenza ed identificare i fattori di rischio di LDP in pazienti terminali.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale prospettico sui pazienti ricoverati presso un hospice ad indirizzo infettivologico, nel periodo compreso tra il 1/1/2024 e il 31/12/2024. Sono stati raccolti dati clinici (quali età, sesso, BMI, Palliative Performance Status o PPS, Palliative Prognostic Index o PPI, patologia indice, numero di co-morbidità, carico sintomatologico all'ingresso, presenza di LDP, setting di provenienza del paziente), al fine di valutare la prevalenza di LDP, le caratteristiche cliniche ed identificare eventuali fattori di rischio. I dati raccolti sono stati analizzati mediante metodi statistici descrittivi e inferenziali. I confronti tra gruppi (pazienti con LDP vs senza LDP) sono stati effettuati con il test del chi-quadrato per variabili categoriali e il test di Mann-Whitney U per variabili continue. Per identificare i fattori associati alla presenza di LDP, è stata condotta un'analisi di regressione logistica univariata e multivariata. I risultati sono stati espressi in odds ratio (OR) con intervalli di confidenza (IC) al 95%. Il livello di significatività è stato fissato a $p < 0.05$.

RISULTATI: Nel periodo di studio, sono stati arruolati in totale 145 pazienti, 76 maschi (52.4%) e 69 femmine (47.6%), con età mediana di 83 anni (IQR 72-88), BMI mediano di 21.9 (IQR 19.6-24.4), PPS mediano di 30 (IQR 20-40), PPI mediano di 8.5 (IQR 6-11). La maggior parte dei pazienti (91%) proveniva da un ricovero ospedaliero per acuti. Il 51.7% dei pazienti era affetto da una patologia oncologica terminale, mentre tra i pazienti non oncologici (48.3%), la maggior parte era affetto da una patologia neurologica avanzata. I pazienti presentavano un elevato numero di co-morbidità, con una mediana pari a 8 (IQR 6-10), e un elevato carico sintomatologico all'ingresso, pari a 7 sintomi presenti contemporaneamente (IQR 6-8). 67 pazienti (46.2%) presentavano LDP, in particolare 33 pazienti (49.3%) una singola LDP e 32 pazienti (47.8%) multiple LDP; la sede più frequente risultava essere quella sacrale (80.6%). I pazienti con LDP erano caratterizzati da un'età più avanzata (84 vs 79 anni, $p=0.02$), un più basso PPS (30 vs 40, $p=0.0003$), un più elevato PPI (10 vs 7.3, $p=0.00003$), più frequentemente trasferiti da un ricovero ospedaliero per acuti (65 vs 67, $p=0.04$), ed affetti da una patologia terminale non oncologica (41 vs 29, $p=0.01$). L'analisi multivariata ha evidenziato come un PPI più elevato ($p=0.004$) e la provenienza ospedaliera ($p=0.01$) fossero correlati ad un maggior rischio di LDP.

CONCLUSIONI: Le LDP rappresentano una complicanza molto frequente nei pazienti terminali ricoverati in hospice. Come atteso, risultano maggiormente a rischio i soggetti più anziani e più frequentemente ospedalizzati. Considerando la patologia indice, i pazienti affetti da patologie cronico-degenerative avanzate risultano più spesso portatori di LDP, se confrontati con i pazienti oncologici terminali, in relazione al più scarso performance status, come evidenziato dai valori più bassi di PPS. Un corretto inquadramento diagnostico e quindi una adeguata e proporzionata gestione delle LDP è importante per ridurre le possibili complicanze, come ad esempio le sovrainfezioni batteriche, gestire correttamente il carico sintomatologico o rallentare la progressione clinica, tutti fattori che possono impattare negativamente sulla qualità di vita residua di questi pazienti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA: Chrisman CA Int Wound J 2010
Jakobsen T Bet al. Int Wound 2020
Pastor-Orduna M I et al. Medicina. 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TERAPIA DI SUPPORTO A QUATTRO ZAMPE: LO STUDIO ISACCO (INTERVENTI DI SUPPORTO ASSISTITI COL CAVALLO IN UN CENTRO ONCOLOGICO)

ROMINA ROSSI¹, MONIA DALLAGATA², SOFIA ROSSI¹, ASSUNTA PAPA³, GIAMMARIO CORSALINI⁴, PAOLO FATTORI⁵, ANNA MARIA MIANULLI⁶, FEDERICA MONACO⁶, ELENA FABBRI⁶, ANTONINO MUSOLINO², GIANDOMENICO DI MENNA², GERARDO MUSURACA², FRANCESCO LANZA⁶, MARCO MALTONI¹, EMANUELA SCARPI²

¹ DIMEC-Alma Mater Studiorum Università di Bologna, Bologna, Italia, ² IRCCS Istituto Romagnolo Studio Tumori -Dino Amadori-, Meldola, Italia, ³ Libero Professionista, Roma, Italia, ⁴ Libero Professionista, Macerata, Italia, ⁵ Libero Professionista, Rimini, Italia, ⁶ AUSL Romagna, Rimini, Italia

SCOPO: Il ruolo terapeutico degli animali è stato utilizzato fin dalle origini della medicina, già Ippocrate consigliava l'equitazione per combattere l'insonnia e ritemprare il fisico e lo spirito. Nell'ultimo decennio la Pet-Therapy sta avendo marcata espansione; nel 2015 il Ministero della salute ha emanato linee guida nazionali per standardizzare i protocolli operativi per una corretta e uniforme applicazione degli Interventi assistiti dagli animali (IAA) a tutela dei pazienti e degli animali.

L'Istituto Superiore di Sanità ha dichiarato che nonostante sia grande il numero di studi sugli IAA esistenti per diversi settori clinici, molti mancano di una struttura metodologica solida, basandosi su valutazioni di tipo descrittivo piuttosto che su ipotesi, obiettivi e valutazioni quantitative [1].

Nella letteratura scientifica una recente revisione sistematica del 2020 sugli IAA ha evidenziato che su 32 studi, solo due utilizzano il cavallo. Gli studi confermano i benefici osservati dagli IAA in oncologia ma richiedono un maggior numero di dati per confermare l'evidente ruolo benefico degli IAC (Interventi Assistiti con Cavallo?) come intervento di supporto valido e promettente [2].

Uno studio pilota di IAC in pazienti oncologici condotto dall'Università La Sapienza di Roma, ha riportato validi risultati positivi di IAC su donne operate per carcinoma mammario [3].

L'IAC, rispetto alle altre forme di Pet-therapy, ha come valore aggiunto l'attività fisica e l'incremento di produzione di endorfine, dopamina, serotonina, noradrenalina, tutte sostanze che hanno effetti benefici sull'umore della persona. Inoltre è evidente che tra paziente e cavallo, grazie alla sua corporeità, le sue reazioni, i suoi ritmi e le sue necessità, si instaura un complesso rapporto che va a sviluppare un senso di fiducia e di sicurezza, producendo autostima. Infine l'interazione con il cavallo e l'ambiente nel quale avviene la seduta terapeutica, permettono al paziente di vivere intense stimolazioni sensitive e sensoriali positive, trattandosi di un ambiente demedicalizzato, a contatto con la natura.

Lo scopo dello Studio ISACCO è quello di valutare l'effetto di IAC come supporto alla qualità di vita dei pazienti oncologici.

METODO: Lo studio ISACCO è uno studio multicentrico, originariamente nato come interventistico, non farmacologico, randomizzato a due braccia, che richiedeva la numerosità di 60 pazienti (30 nel braccio IAC e 30 nel braccio di controllo). Purtroppo l'avvento della pandemia da Covid 19 ha rallentato moltissimo l'arruolamento pertanto è stato deciso di emendare il disegno dello studio che è diventato interventistico non farmacologico ad un braccio. L'intervento consiste nell'attività a cavallo con frequenza settimanale di un'ora per 6 mesi. L'attività è seguita e gestita da un'équipe multiprofessionale specializzata in IAC seguendo le Linee Guida Ministeriali di IAA.

Sono arruolati pazienti onco-ematologici adolescenti-giovani adulti (16-39 anni) e donne con tumore della mammella (18-65 anni).

L'obiettivo primario dello studio è valutare il cambiamento della qualità di vita dal basale a 6 mesi misurato tramite il questionario Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G). Gli obiettivi secondari valutano l'efficacia dell'intervento sull'aspetto fisiologico (esami emato-biochimici), sul controllo dei sintomi (questionario Edmonton Symptom Assessment Scale-ESAS) e sull'aspetto psico-emozionale (questionari Beck Depression Inventory-BDI e Hospital Anxiety and Depression Scale-HADS) al basale e a 6 mesi.

I dati sono presentati attraverso statistiche descrittive. È stata calcolata la dimensione dell'effetto tramite la statistica d di Cohen, e una dimensione dell'effetto di almeno 0,3 è stata considerata clinicamente rilevante. Le analisi sugli esiti sono state eseguite utilizzando il t-test per dati appaiati.

RISULTATI: Dal 03/11/2021 al 19/01/2024 sono stati arruolati nell'IAC 20 pazienti, dei quali 17 sono risultati valutabili. Dei tre pazienti non sono valutabili, due hanno sospeso l'attività per motivi logistici legati al cambio dell'attività lavorativa ed uno perché il rapporto con il cavallo dopo circa 4 sedute aveva portato a galla un grosso disagio emotivo tanto rendersi necessario un percorso di psicoterapia. La maggioranza dei



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



pazienti è di sesso femminile (71%), con un'età mediana di 37 anni (range 26-60). Tutti i pazienti hanno un buon Performance Status compreso tra 0 ed 1 della Scala ECOG, il 59% è affetto da malattia ematologica (59%) e l'82% è stato sottoposto a chemioterapia.

Il questionario FACT-G ha evidenziato una variazione media del punteggio totale dal basale a 6 mesi pari a 11,46 (standard deviation-SD 11,35) ($p=0,003$, $d=0,95$), con un aumento del 16,1%. Inoltre, tale incremento è stato rilevato in tutte le sue sottoscale ed in particolare in quella relativa al benessere fisico (1,77, SD 1,83, $p=0,003$) e al benessere sociale (2,31, SD 3,77, $p=0,048$).

Per quanto riguarda la scala ESAS, la percentuale di pazienti con intensità moderata/grave è diminuita per dolore (15,4% vs 7,7%), depressione (14,4% vs 0%), ansia (46,1% vs 23,1%) e malessere (53,8% vs 15,4%).

La percentuale di pazienti con depressione normale-minima (BDI) è aumentata dal basale a 6 mesi (66,6% vs 91,7%) mentre è diminuita della percentuale di pazienti con depressione lieve-moderata (16,7% vs 0%) e depressione moderata-grave (16,7% vs 0%). Inoltre, il livello normale di ansia (HADS) era presente nel 38,5% dei soggetti al basale e nell'84,6% a 6 mesi.

Nella valutazione emato-biochimica si è osservata una differenza significativa riguardante la conta dei linfociti ($p=0,001$, variazione media +23%), la percentuale dei linfociti ($p=0,003$, +17%) e dei neutrofili ($p=0,033$, -6%) dal basale a 6 mesi.

CONCLUSIONI: Lo Studio ISACCO rafforza con i suoi risultati positivi le evidenze di letteratura sui benefici dell'IAC come supporto non farmacologico che migliora la qualità di vita dei pazienti affetti da patologie onco-ematologiche. È auspicabile che tutta comunità scientifica possa unificare gli sforzi per proseguire la ricerca in questo promettente campo, in particolare sarebbe utile necessario sviluppare la ricerca qualitativa per poter meglio capire scoprire tutti i possibili benefici di questo intervento di supporto non farmacologico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Istituto Superiore di Sanità. Validazione dell'efficacia degli Interventi Assistiti con gli Animali. Pubblicato il 20/02/2020, modificato il 05/03/2021, https://www.iss.it/disturbi-psichiatrici/-/asset_publisher/SoVqHVGvTdkw/content/validazione-dell-efficacia-degli-interventi-assistiti-con-gli-animali
2. Holder TRN, Gruen ME, Roberts DL, Somers T, Bozkurt A. A Systematic Literature Review of Animal-Assisted Interventions in Oncology (Part I): Methods and Result. Integr Cancer Ther 2020;19:1534735420943278
3. Cerulli C, Minganti C, De Santis C, Tranchita E, Quaranta F, Parisi A. Therapeutic horseback riding in breast cancer survivors: a pilot study. J Altern Complement Med 2014;20:623-4

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

CANNABIS TERAPEUTICA: PRATICHE, OSTACOLI E PERCEZIONI DEI MEDICI. RISULTATI DI UNA SURVEY TERRITORIALE

Pierluigi Alfieri¹, Clemente Votino², Valentina Fioravanti¹, Simone Storani², Luca Ghirotto³

¹ AUSL-IRCCS Ospedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia, Italia, ² AUSL-IRCCS Dipartimento Cure Primarie, Reggio Emilia, Italia, ³ AUSL-IRCCS Unità di Ricerca Qualitativa e Citizen Science, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Negli ultimi anni si è registrato un interesse crescente verso l'uso della cannabis terapeutica come trattamento complementare nella gestione del dolore e di altri sintomi tipici del contesto palliativo. Nonostante la normativa italiana ne consenta l'impiego in situazioni specifiche, la diffusione nella pratica clinica appare disomogenea. La variabilità sembra correlata a fattori culturali, formativi, organizzativi e normativi. Obiettivo di questo studio è esplorare, attraverso una rilevazione sul campo, le pratiche, le esperienze e le percezioni dei medici della provincia di Reggio Emilia in merito alla prescrizione di cannabis terapeutica, con particolare attenzione al suo impiego nelle cure palliative.

METODO: È stata progettata una survey anonima composta da 15 domande a risposta chiusa e 2 domande aperte. Il questionario è stato somministrato online a un campione eterogeneo di medici attivi nel territorio della provincia di Reggio Emilia, comprendente medici di medicina generale, specialisti ospedalieri, ambulatoriali e liberi professionisti. La survey ha indagato: frequenza e modalità prescrittive, principali indicazioni cliniche, fonti di formazione, ostacoli percepiti alla prescrizione e livello di conoscenza normativa e scientifica. I dati finora raccolti (n=133 rispondenti) sono stati analizzati attraverso statistica descrittiva per le domande chiuse e analisi tematica induttiva per quelle aperte.

RISULTATI: Il campione risulta costituito prevalentemente da medici di medicina generale (n=88), con rappresentanza di specialisti ambulatoriali (n=22), ospedalieri (n=18) e liberi professionisti (n=5). La maggior parte dei partecipanti ha oltre dieci anni di esperienza professionale.

Solo una minoranza dichiara di prescrivere cannabis terapeutica di propria iniziativa (n=29), mentre una quota più ampia (n=55) ha prescritto su indicazione di altri specialisti. Resta significativo il numero di professionisti che non ha mai prescritto cannabis (n=49). Le indicazioni cliniche più frequentemente riportate sono dolore neuropatico, dolore cronico non neuropatico, insonnia e sintomi in ambito oncologico (inappetenza, cachessia), ma emergono anche condizioni meno comuni come cefalea, sindromi del movimento, vulvodinia, fibromialgia, ansia refrattaria e glaucoma. Le formulazioni prescritte includono principalmente genetiche come Bedrocan, Bediol, Bedica, FM1 e FM2, in forma di olio o infiorescenze.

Con un'analisi qualitativa tematica sono state identificate le seguenti aree:

1. Indicazioni cliniche prevalenti.

Il dolore rappresenta la frontiera d'uso più ricorrente, soprattutto nelle forme croniche e neuropatiche, anche al di fuori del contesto palliativo. Diversi medici riportano esperienze in ambiti complessi come la sclerosi multipla, i parkinsonismi, la fibromialgia e alcune forme di ansia refrattaria, configurando la cannabis terapeutica come opzione per condizioni scarsamente sensibili alle terapie convenzionali.

2. Esperienze prescrittive e incertezza operativa.

Accanto a prescrittori esperti che maneggiano con disinvoltura genetiche, titolazioni e galenica, molti dichiarano incertezze operative. Permangono dubbi su aspetti tecnici come la scelta della varietà, la corretta indicazione sul piano terapeutico, la gestione delle forniture e il dialogo con i farmacisti. Alcuni dichiarano di "prescrivere poco per paura di sbagliare", altri affidano la gestione a colleghi ritenuti più esperti.

3. Percezioni positive della cannabis terapeutica.

Tra i prescrittori abituali, si conferma un giudizio complessivamente favorevole: la terapia è descritta come ben tollerata, con effetti collaterali generalmente modesti e un buon impatto su sintomi refrattari, in particolare dolore, insonnia, nausea, agitazione e disturbi del tono dell'umore. Un medico scrive: "L'unico farmaco con cui un paziente in fase avanzata è tornato a sorridere".

4. Criticità e barriere alla prescrizione.

Le difficoltà riscontrate riguardano soprattutto l'accesso alla prescrizione: il sistema burocratico è definito "farraginoso", "scoraggiante", "poco uniforme tra farmacie". La conoscenza scientifica è percepita come "frammentaria" e il timore di sanzionare errori contribuisce all'atteggiamento rinunciatorio. Alcuni segnalano che i pazienti stessifaticano a reperire il farmaco, con discontinuità di approvvigionamento.

5. Bisogni formativi e organizzativi.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Cresce la domanda di formazione clinico-pratica, ma anche normativa e logistica. I medici chiedono corsi dedicati su prescrizione, titolazione e indicazioni emergenti. Si auspica inoltre una maggiore integrazione territoriale e una semplificazione dei percorsi di prescrizione, per rendere l'accesso più agevole e sicuro. Un suggerimento ricorrente è la creazione di un ambulatorio specialistico di riferimento.

CONCLUSIONI: I risultati aggiornati confermano un interesse diffuso verso l'uso della cannabis terapeutica, con una crescente attenzione anche tra chi non ha ancora sviluppato esperienza diretta nella prescrizione. Tuttavia, emergono significative barriere culturali, normative e formative che ostacolano un'applicazione sistematica e consapevole. Il trattamento con cannabis appare percepito come uno strumento utile, soprattutto nella gestione del dolore complesso, ma necessita di essere inserito in percorsi formativi dedicati e accompagnato da interventi organizzativi che ne facilitino l'accesso e l'integrazione nella pratica clinica, in particolare in ambito palliativo. I risultati completi offrono una base utile allo sviluppo di strategie territoriali più coerenti e condivise.

BIBLIOGRAFIA:

Ministero della Salute. Uso medico della cannabis. www.salute.gov.it/new/it/tema/medicinali-stupefacenti-e-precursori-di-droghe/uso-medico-della-cannabis

Regione Emilia-Romagna. Delibera della Giunta Regionale n. 1250 del 1° agosto 2016: Percorso per la prescrizione, l'allestimento e la dispensazione dei preparati vegetali a base di cannabis sativa.

Filetti M, Trapani D, Cortellini A, et al. Knowledge and attitudes of Italian medical oncologists and palliative care physicians toward medical use of cannabis in cancer care: a national survey. *Supportive Care in Cancer*. 2021;29(12):7845–7854. doi:10.1007/s00520-021-06383-7

Hardy JR. Medicinal cannabis – has it found a place in palliative care? *Palliative Care and Social Practice*. 2024;18:26323524241273491. doi:10.1177/26323524241273491

Syed SA, Singh J, Elkholy H, et al. International perspectives on physician knowledge, attitudes, and practices related to medical cannabis. *Front Public Health*. 2025;13:1463871. doi:10.3389/fpubh.2025.1463871



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRA RIFIUTO E CONSENSO L'INTERDISCIPLINARIETÀ COME STRUMENTO DI CURA NELLA COMPLESSITÀ DEL FINE VITA PSICHICO

Marta Poncato¹, Iared Alberton¹, Alberto Corbetta², Stefania La Porta¹, Marinella Battaglia¹, Chantal Rigamonti¹

¹ASST Lecco-SCCure Palliative-Dipartimento Della Fragilità, Lecco, Italia, ²ASST Lecco-SPDC-Dipartimento di Salute Mentale, Lecco, Italia

SCOPO: Descrizione della presa in carico di una paziente affetta da disturbo di personalità con anoressia refrattaria a terapia medica e comportamentale in fase terminale, concomitante alla illustrazione della differenza tra disturbo di personalità e disturbo di mente, per giungere all'espressione di come volontà e responsabilità di decidere per sé stessi esula dalla diagnosi di malattia psichiatrica.

METODO: Descrizione di caso clinico

RISULTATI: La Sig.ra Elena, di anni 61, giunge in Hospice con diagnosi di ammissione di disturbo della personalità. Nota alla Struttura Complessa di Psichiatria per la già scritta diagnosi e al servizio di Cure Palliative Domiciliari per precedente assistenza, motivata da stato di severa malnutrizione in parkinsonismo farmaco indotto: tale servizio poi sospeso per rimodulazione farmacologica che ha consentito un recupero parziale delle ADL, in particolar modo dell'alimentazione.

In seno al proprio funzionamento personologico, da mesi, la sig.ra Elena ha dismesso un corretto apporto nutrizionale, finalizzando tale scelta alla rinuncia della propria esistenza. Ha la percezione, e ciò viene apertamente dichiarato in molteplici occasioni, che quest'ultima sia gravata da difficoltà e limiti fisici che essa stessa non ritiene più sostenibili (deficit nell'equilibrio, nella deambulazione, nella comunicazione). A riprova della sua storia personologica che fa da base alla clinica, la paziente non ha mai risposto alle terapie farmacologiche psicoattive né al supporto assistenziale e riabilitativo.

Risulta essere una persona in grave deperimento organico, nello stesso tempo lucida, vigile ed orientata. Non dispercezioni né alterazioni a carico di forma e contenuto di pensiero. Si accompagna ad un entourage familiare che non vuole promuovere eccessivamente la forzatura di trattamenti, sposando la volontà della paziente.

Le richieste della Sig.ra Elena puntano al semplice accompagnamento compassionevole e accudimento personalizzato, nel totale rispetto della scelta della stessa di non alimentarsi, scelta che non è mutabile né tramite interventi psicologici o farmacologici. La Sig.ra Elena si percepisce come "inesistente" e per percorrere con successo questo genere di sostegno occorre, necessariamente, la partecipazione attiva della paziente.

La valutazione nutrizionale, a fronte di un quadro di malnutrizione cronica sarcopenica, attestava la minima alimentazione per os, supportata da attenta analisi otorinolaringoiatrica e logopedica con videofluoroscopia (ritardo di innesco della deglutizione e necessità di plurimi atti deglutitori per ristagno, in assenza di fenomeni di penetrazione/inalazione nelle vie aeree) e proponeva un intervento di supporto nutrizionale artificiale, che la paziente, consapevolmente e risolutamente, rifiutava.

Allo stesso tempo la valutazione internistica rilevava ulteriore decadimento delle condizioni cliniche generali, a fronte di ulteriore episodio infettivo (IVU) con impostazione di terapia antibiotica adeguata ma solo parzialmente efficace.

In tali termini, con la diagnosi di Disturbo della Personalità, la non praticabilità di terapia farmacologica risolutiva e l'impossibilità di impostare una psicoterapia come da indicazioni psichiatriche, non sussistendo le condizioni di vizio di mente e decadendo quindi le motivazioni per un trattamento sanitario obbligatorio, veniva posta la diagnosi di terminalità psichica. La condivisione di tale diagnosi di renderebbe quindi l'alimentazione obbligata un mero e fine a sé stesso prolungamento della sofferenza della Sig.ra Elena, in assenza del consenso della paziente stessa. Si indicava quindi praticabile l'attivazione delle Cure Palliative volte al sollievo dalla sofferenza nel periodo di vita residuo.

All'ingresso in Hospice la Sig.ra Elena si presenta vigile, lucida, afasica; comprende e risponde coerentemente e in modo congruo alle domande poste. Presenza di spasticità muscolare, dolore spontaneo agli arti inferiori. Viene programmata un'assistenza tramite condivisione di un PAI (piano assistenziale integrato) e viene stesa una pianificazione condivisa delle cure che si pone come obiettivo il controllo del dolore tramite la riconciliazione farmacologica, l'assistenza di base comprendente la cura della persona con igiene al letto, taglio unghie e lavaggio dei capelli, la mobilitazione al letto con cambi posturali programmati e l'esecuzione della medicazione di lesione sacrale al II stadio. Nel rispetto delle volontà della

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Sig.ra Elenaviene, per tutto il tempo di cura, mantenuta a digiuno assoluto: al fine di favorire comfort alla mucosa del cavo orale, viene programmato l'igiene del cavo orale, ritenendo esso stesso un elemento essenziale di miglioramento di qualità di vita residua.

La Sig.ra Elena, per tutto il periodo dell'assistenza in regime di ricovero, pur non potendo sostenere la sua volontà in modo colloquiale, sempre manifestato consapevolezza della propria terminalità, dimostrando comprensione della prognosi stimata dall'equipe curante, di 7/29 giorni.

Con il progressivo aggravarsi delle condizioni e la percezione dell'approinarsi della morte, la paziente ha manifestato angoscia, che hanno reso necessario un graduale incremento dei farmaci sedativi, sempre attuato con la dovuta informazione e consenso. In tale lasso di tempo ha chiesto ed ottenuto il conforto religioso, sempre in presenza dei familiari.

CONCLUSIONI: La morte sopraggiungeva quindi dopo n. 10 giorni di ricovero, in condizioni di piena serenità; si concludeva quindi un percorso assistenziale che ha coinvolto più specialisti (psichiatri, neurologi, fisiatristi, internisti, nutrizionisti e palliativisti) che in un fruttuoso clima di interdisciplinarietà hanno operato per il benessere della paziente portando ad attenta valutazione i bisogni assistenziali, clinici, etici e spirituali.

BIBLIOGRAFIA:

P. Candia, A. Barba, Mental capacity and consent to treatment in psychiatric patients: the state of the research, Curr. Opin. Psychiatry, 2011 Sept 24(5).

D. Shaley, L. Fields, P.A. Shapiro, End-of-Life Care in Individuals With Serious Mental Illness, Psychosomatics. 2020 Jun 12; 61(5).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

LA NOTTE CHE RESTA: RICONOSCERE E TRATTARE I DISTURBI DEL SONNO IN HOSPICE

Chiara Chiumento¹

¹Fondazione Hospice Cottolengo, Chieri (TO), Italia

SCOPO: Il sonno riveste un ruolo fondamentale nel garantire qualità della vita, soprattutto nei pazienti in cure palliative. In hospice, l'insonnia e i disturbi del sonno sono condizioni frequenti e spesso sottovalutate, con ripercussioni significative sul benessere fisico, psicologico ed emotivo dei pazienti ricoverati, soprattutto nella fase di fine vita. La compromissione del riposo notturno può accentuare dolore, ansia, confusione e affaticamento, aggravando la condizione di sofferenza globale. È quindi essenziale riconoscere precocemente i disturbi del sonno e attuare strategie di gestione multimodali che includano approcci farmacologici, non farmacologici e modifiche ambientali. Questa riflessione, nata da domande nuove emergenti in equipe multidisciplinare, esplora l'importanza del sonno specificatamente nel contesto hospice, evidenziando l'impatto dell'insonnia sulla qualità della vita e sottolineando la necessità di interventi personalizzati e integrati per migliorare il comfort e la dignità nella fase finale della vita.

METODO: È stata condotta una revisione della letteratura scientifica degli ultimi dieci anni, consultando database quali PubMed, CINAHL e Cochrane Library, al fine di identificare l'incidenza dell'insonnia in contesto hospice, i principali fattori eziologici (organici, psichici, ambientali, iatrogeni) e le strategie di gestione più efficaci. Non sono state poste restrizioni di lingua nella ricerca e sono state incluse revisioni sistematiche, studi clinici randomizzati (RCT) e meta analisi. Inoltre sono state analizzate circa 550 cartelle cliniche integrate dei pazienti ricoverati negli ultimi 2 anni in un hospice nel territorio torinese, valutando con quale frequenza il sintomo insonnia venisse documentato dal personale infermieristico, anche nei suoi aspetti qualitativi, negli ultimi 7 giorni di vita dei pazienti poi deceduti.

RISULTATI: L'insonnia è riconosciuta come sintomo invalidante e impattante la qualità di vita del paziente in oltre il 90% degli articoli analizzati, in maniera trasversale a tutte le patologie croniche e degenerative abbracciate dalle cure palliative, seppur con quadri clinici molto diversi. Non sono ancora presenti molti studi e ricerche specifiche per il contesto hospice sulla gestione dell'insonnia, rispetto ad altri contesti come la terapia intensiva o i reparti di degenza ospedaliera. Pur se disponibili questionari e scale di valutazione dell'insonnia, semplici e rapidi da somministrare (ad esempio il ISI – Insomnia Severity Index o il PSQI – Pittsburgh Sleep Quality Index), questi non vengono integrati sistematicamente nelle cartelle cliniche e nell'assistenza di fine vita.

Benché noto che il sonno sia un aspetto importante per il benessere complessivo della persona e in quanto tale vada accertato, gli infermieri tendono a sottovalutarlo: mancano annotazioni sul sonno in almeno il 73% delle cartelle cliniche analizzate. Inoltre non vengono indagate le caratteristiche di qualità del sonno, come profondità, tempo di addormentamento, il numero dei risvegli, il tempo trascorso sveglio e la qualità complessiva del sonno.

CONCLUSIONI: È fondamentale che il team di assistenza in hospice, compresi gli infermieri, i medici e gli psicologi, lavorino insieme per identificare le cause dell'insonnia del paziente e per sviluppare un piano di trattamento individualizzato. La gestione dell'insonnia di pazienti in fine vita in hospice è una parte importante dell'assistenza palliativa, in quanto un sonno di buona qualità può migliorare la qualità della vita del paziente e aiutarlo a affrontare le fasi finali della malattia con maggiore serenità. Il sonno resta un aspetto non sufficientemente valutato e descritto dal personale infermieristico, pertanto saranno necessari ulteriori studi per comprendere nell'assistenza un valido assessment dell'insonnia e documentarla in maniera più puntuale e oggettiva.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Nzwalo I, Aboim MA, Joaquim N, Marreiros A, Nzwalo H. Systematic Review of the Prevalence, Predictors, and Treatment of Insomnia in Palliative Care. *Am J Hosp Palliat Care*. 2020 Nov;37(11):957-969.
- Stadnyk A, Casimiro HJ, Reis-Pina P. Mindfulness on Symptom Control and Quality of Life in Patients in Palliative Care: A Systematic Review. *Am J Hosp Palliat Care*. 2024 Jun;41(6):706-714.
- Peng JK, Hepgul N, Higginson IJ, Gao W. Symptom prevalence and quality of life of patients with end-stage liver disease: A systematic review and meta-analysis. *Palliat Med*. 2019 Jan;33(1):24-36.
- Jakobsen G, Gjeilo KH, Hjemstad MJ, Klepstad P. An Update on Prevalence, Assessment, and Risk Factors for Sleep Disturbances in Patients with Advanced Cancer-Implications for Health Care Providers and Clinical Research. *Cancers (Basel)*. 2022 Aug 15;14(16):3933.
- Acker KA, Carter P. Sleep-Wake Disturbances in Oncology. *Nurs Clin North Am*. 2021 Jun;56(2):175-187.
- Ee C, Kay S, Reynolds A, Lovato N, Lacey J, Koczwara B. Lifestyle and integrative oncology interventions for cancer-related fatigue and sleep disturbances. *Maturitas*. 2024 Sep;187:108056.
- Kamell A, Smith LK. Attitudes Toward Use of Benzodiazepines among U.S. Hospice Clinicians: Survey and Review of the Literature. *J Palliat Med*. 2016 May;19(5):516-22.
- Gonzalez AA, Jimenez-Torres GJ, Rozman de Moraes A, Geng Y, Pawate V, Khan R, Narayanan S, Yennurajalingam S. Psychological Interventions for Insomnia in Patients with Cancer: A Scoping Review. *Cancers (Basel)*. 2024 Nov 16;16(22):3850.
- Baykal D, Çömlekçi N. Non-Pharmacologic Approaches to Sleep Problems for Palliative Care Cancer Patients: A Systematic Review. *Florence Nightingale J Nurs*. 2023 Jun;31(2):131-137.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INCLUSIVO&PALLIATIVO

Chiara Soloni¹, Paola Fanti¹, Sarah Galli¹, Matthias Drygalla¹, Andreia Aruzza¹, Alen Hlatki², Anna Romanens²

¹ Associazione Triangolo - Servizio cure palliative spec., Locarno, SWITZERLAND, ² Fondazione Provida Madre, Balerna, Switzerland

SCOPO: La disabilità intellettiva colpisce circa l'1%-2% della popolazione mondiale. Le persone con disabilità intellettiva sperimentano forti disuguaglianze di salute e di presa in carico palliativa. Comprendere le cause di queste disuguaglianze è importante per poter lavorare al fine di sviluppare una cultura per l'attivazione precoce di un approccio palliativo per le persone con disabilità cognitiva istituzionalizzate.

Concretizzare una strategia coordinata che risponda puntualmente al crescere dei bisogni palliativi delle persone con disabilità cognitiva che invecchiano negli istituti diventa una urgenza socio-assistenziale. La scarsità di interventi specialistici di cure palliative, il crescere dei bisogni in una popolazione specifica che invecchia con esigenze speciali richiedono una risposta puntuale nella fornitura di cure palliative. È urgente sviluppare un modello di partnership flessibile e cooperativa tra fornitori di cure palliative generali e specialistico incorporando la formazione e la collaborazione tra cure palliative generali e specialistiche all'interno delle strutture dove le persone con disabilità risiedono. È richiesta reciprocità e formazione continua.

METODO: Le persone con disabilità cognitiva dalla nascita hanno vissuto e continuano a sperimentare varie forme di pregiudizio, privazione dei diritti civili e svalutazione.

Proponiamo un modello di offerta di cure palliative che cerchi di incorporare la realtà della vita quotidiana della disabilità con un confronto continuo specialistico palliativo al fine di offrire una presa in carico congiunta, anticipatoria e di ricerca di volontà della persona disabile.

Il progetto, nato in un singolo istituto, mira a creare un gruppo interdisciplinare di collaborazione composto da personale socio-educativo-assistenziale-sanitario - professionisti formati dedicati alla cura quotidiana (cure palliative generali) - che si confronta sistematicamente con professionisti di cure palliative specialistiche consulenti per individuare e monitorare bisogni speciali palliativi delle persone con disabilità cognitiva nella loro evoluzione.

Un primo step è rappresentato dalla formazione/sensibilizzazione alle cure palliative di tutto il personale socio-educativo-assistenziale (educatori, ergoterapisti, fisioterapisti, logopedisti, ...) e i medici degli istituti per persone con disabilità cognitiva.

Il personale educativo-assistenziale della struttura - sensibilizzato e formato - identifica i bisogni di cure palliative dei residenti in modo oggettivo, si confronta con gli infermieri della struttura ed in base ai bisogni (palliative generali o specialistiche) viene attivato il team di consulenza specialistica palliativa. Insieme si analizzano i bisogni e si redige un piano di presa in carico condiviso. Progetto di presa in carico condiviso in cui le persone con disabilità cognitiva e le loro famiglie vengono coinvolte - secondo il loro grado di comprensione e comunicazione - nei processi decisionali riguardanti il loro stato di salute dal team specialistico palliativo che interviene in consulenza in struttura.

RISULTATI: Questo progetto mira a:

- Coordinare/formare un gruppo di curanti attento e sensibile all'interno dell'istituto, questi curanti (approccio generale di cure palliative) monitorizzano i bisogni delle persone residenti e delle loro famiglie.
- Attivano precocemente la consulenza specialistica palliativa all'interno della struttura qualora i bisogni dei residenti diventino bisogni specialistici
- Mirano ad anticipare gli scompensi psico-fisici determinati da bisogni di cure palliative specialistiche.
- Sostengono le famiglie, i caregiver/rappresentanti terapeutici e team curanti nella "temuta" presa in carico palliativa per una degna e dignitosa qualità di vita e di scelte di vita sino all'ultimo istante
- Affrontano i dialoghi di scelte congiunte e chiare finalizzate al rispetto dell'autonomia delle scelte di cure della persona che vive la sua vita nell'istituto.

CONCLUSIONI: Per migliorare la qualità dell'offerta sanitaria alle persone con disabilità è necessario sviluppare un servizio di collaborazione tra un approccio generale socio-educativo-assistenziale ed un approccio specialistico palliativo: il lavoro insieme e l'apprendimento congiunto tra personale che opera



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



all'interno di istituti per persone con disabilità intellettiva e cure palliative specialistiche sono vissuti come fondamenti di crescita reciproca.

Sono necessarie collaborazioni ma soprattutto formazione di cure palliative agli operatori socio-educativo-assistenziali dei servizi per persone con disabilità intellettiva, deve crescere la conoscenza reciproca ed il sapere intorno a queste persone che vivono la normalità nella loro diversità. È importante sensibilizzare e formare anche il "mondo medico" per implementare la collaborazione ed il confronto palliativo alla persona e con disabilità cercando di superare le paure ed i pregiudizi.

I professionisti specialisti di cure palliative hanno il dovere di chinarsi alla conoscenza di queste specificità di vita per rispondere a bisogni sempre più crescenti di questa popolazione che invecchia e che richiede quindi una presa in carico specifica.

Gli operatori socio-educativo-assistenziali hanno la responsabilità di "tradurre" il sapere di queste persone affinché gli specialisti che intervengono possano capire il mondo delle persone con disabilità ed offrire loro una cura adeguata e personalizzata.

Solo nella collaborazione e nella reciprocità della condivisione dei saperi si può vivere un approccio "inclusivo & palliativo" aperto alla vita ed al rispetto della vita delle persone con disabilità cognitiva.

BIBLIOGRAFIA:

1. <https://eapcnet.eu/eapc-groups/reference/intellectual-disability/>
2. Tuffrey-Wijne I, Rose T, Grant R, Wijne A (2017) Communicating about death and dying: developing training for staff working in services for people with intellectual disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities* 30 (6), 1099-1110
3. Tuffrey-Wijne, I. (2013) A new model for breaking bad news to people with intellectual disabilities. *Palliative Medicine* 27 (1), 5-12
4. https://www.soins-palliatifs.vaud.ch/sites/default/files/documentation/HfH_Soins%20palliatifs%20aux%20personnes%20en%20situation%20de%20handicap%20intellectuel.pdf
5. <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/08/delivering-end-of-life-care-for-people-with-learning-disability.pdf>
6. Ashok N, Hughes D, Yardley S. Challenges and opportunities for improvement when people with an intellectual disability or serious mental illness also need palliative care: A qualitative meta-ethnography. *Palliat Med.* 2023 Sep;37(8):1047-1062. doi: 10.1177/02692163231175928. Epub 2023 Jun 9
7. Josselyn Velepucha-Iniguez, MD, Patricia Bonilla Sierra, MD, and Eduardo Bruera, MD. Barriers to Palliative Care Access in Patients With Intellectual Disability: A Scoping Review. *Journal of Pain and Symptom Management*. Vol. 64 No. 6 December 2022

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

IL DELIRIUM IN CURE PALLIATIVE: L'ESPERIENZA DI UN CENTRO ITALIANO.

Antonia Frisone¹, Tiziano Zinicola¹, Walter Tirelli¹, Luigi Lombardo¹, Antonio Diroma¹, Arianna Nicoli², Evelina Pedaci², Italo Penco¹

¹ Fondazione Sanità e Ricerca, Roma, Italia, ² III piano stabilimento Ospedale A. Galateo Hospice Cure Palliative Distretto di Lecce, Lecce, Italia

SCOPO: Il delirium è una sindrome neuropsichiatrica comune, caratterizzata da alterazione delle funzioni cognitive. Questa condizione ha un'elevata incidenza nei pazienti con malattia avanzata, specialmente nella fase terminale, ed è associata a scarsa qualità della vita e aumento della sofferenza. La causa del delirium è multi-fattoriale e richiede una valutazione attenta e l'uso di strumenti diagnostici specifici. Questo studio mira a valutare l'incidenza e i fattori di rischio del delirium nei pazienti che ricevono Cure Palliative (CP), al fine di fornire una comprensione più profonda del suo impatto clinico e migliorare i possibili interventi.

METODO: Abbiamo condotto uno studio osservazionale prospettico su 300 pazienti ricoverati nella nostra unità di CP. I pazienti sono stati monitorati durante tutto il loro ricovero in hospice per identificare l'insorgenza di episodi di delirium. La diagnosi di delirium è stata effettuata utilizzando criteri standardizzati come il CAM (Confusion Assessment Method), somministrato da personale qualificato. I dati raccolti includevano informazioni demografiche, condizioni cliniche, comorbidità, consapevolezza della diagnosi e prognosi e trattamenti ricevuti.

RISULTATI: Dei 300 pazienti osservati, il 25% ha sviluppato delirium durante il ricovero. All'interno del nostro campione, non è stata trovata alcuna correlazione statisticamente significativa tra le manifestazioni di delirium e i parametri di età, sesso, durata dell'ospedalizzazione, comorbidità o consapevolezza della diagnosi e prognosi. Non è stata riscontrata alcuna differenza significativa nell'incidenza tra la sottopopolazione di pazienti oncologici e non oncologici. La forma iperattiva è la più frequente, rappresentando il 67% dei casi totali osservati. Il trattamento prevalente ha previsto l'uso di Midazolam, Promazina o Aloperidolo.

CONCLUSIONI: La buona gestione del delirium nei pazienti ricoverati in CP migliorerebbe la loro salute generale e ottimizzerebbe la qualità della vita durante il ricovero. Potrebbe anche supportare significativamente i caregiver e facilitare l'umanizzazione della cura. I risultati del nostro studio suggeriscono che le condizioni che potrebbero influenzare lo sviluppo del delirium sono ancora sconosciute e che abbiamo bisogno di implementare strategie personalizzate di prevenzione e gestione per ottimizzare la qualità delle cure.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



"LA DIGNITÀ NELLA CURA" IL SIGNIFICATO DELLA RIABILITAZIONE LOGOPEDICA NELLE CURE PALLIATIVE: RIFLESSIONI TEORICO-CLINICHE A PARTIRE DA UN CASO REALE

Simona Orobello¹

¹Samot ONLUS, Palermo, Italia

SCOPO: Il presente elaborato si propone di indagare il significato della riabilitazione logopedica all'interno delle Cure Palliative, focalizzandosi sul concetto di dignità nella cura. L'analisi muove da due quesiti centrali, di natura clinica ed etica: è sensato riabilitare un paziente con prognosi infausta? È possibile restituire la dignità umana compromessa dalla malattia, anche in assenza di prospettive di guarigione?

Tradizionalmente, le CP sono state associate alla fase terminale, soprattutto in ambito oncologico. Tuttavia, grazie alla Legge 38/2010, il paradigma delle CP si è ampliato, includendo pazienti con patologie cronico-degenerative non necessariamente in fase terminale, aprendo così la strada a una nuova concezione di cure palliative precoci. In questo nuovo scenario, il concetto di riabilitazione non è più antitetico rispetto a quello di palliazione, ma può divenire strumento per il recupero di una qualità di vita accettabile e, soprattutto, per il ripristino di un senso di identità e di dignità nella quotidianità del paziente.

L'elaborato si propone di mostrare come, anche in condizioni cliniche compromesse, un intervento logopedico centrato sulla persona e sui suoi valori possa avere ricadute sul piano funzionale, relazionale ed esistenziale. Il caso clinico trattato si configura come esempio di una pratica riabilitativa umana e dignitosa, capace di riaccendere il significato del vivere anche nei contesti più fragili e vulnerabili.

Tempo	Consistenza (COS)	FOIS	Monitoraggio (PEG e assaggi per OS)	Osservazioni
T0 (inizio)	4 (consistenza densa)	3		Compliance scarsa, disartrosi severa.
T2 (mesi)	6 (solido morbido)	5	Prevalenza per OS	Miglioramento motorio e riflesso. Buon recupero paziente autonomo con assistenza.
T4 (mesi)	7 (solido normale)	6	Solo per COS	

METODO: Lo studio si fonda sull'osservazione clinica e sul monitoraggio funzionale di un caso emblematico inserito in un percorso di CP domiciliari. Il paziente, maschio di 47 anni, presentava esiti di grave encefalopatia ipossico-ischemica a seguito di intervento cardiocirurgico, con compromissione multisistemica: tetraparesi spastica, disartrosi severa, disfagia (portatore di PEG), disturbi cognitivi e comportamentali, nonché aneurisma dell'aorta addominale. La prognosi era infausta e la presa in carico orientata a un supporto esclusivamente conservativo, secondo un modello tipico delle CP "di fine vita".

Tuttavia, in risposta a una richiesta esplicita del paziente e dei familiari, centrata sul desiderio di recuperare il piacere del cibo e un minimo di autonomia alimentare, è stato attivato un percorso riabilitativo logopedico specifico. L'obiettivo era duplice: da un lato, il recupero parziale della funzione deglutitoria in sicurezza;



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



dall'altro, il ripristino di un senso di dignità personale, fortemente legato all'atto alimentare e alla condivisione conviviale.

Il trattamento è stato strutturato nell'ambito dell'Assistenza Domiciliare Integrata, con cadenza bisettimanale e durata complessiva di sei mesi, secondo un PAI.

La valutazione iniziale e in itinere delle abilità deglutorie è stata condotta mediante osservazione clinica e applicazione delle scale IDDSI e FOIS. La componente linguistica e cognitiva è stata monitorata attraverso strumenti standardizzati come l'Esame del Linguaggio a letto del paziente e l'Esame del Linguaggio II, somministrati in più sedute a causa della scarsa compliance iniziale.

Il trattamento ha perseguito obiettivi a breve, medio e lungo termine, in particolare:

Potenziamento del riflesso tussigeno e faringeo;

Coordinazione pneumo-fonatoria;

Stimolazione sensoriale (gustativa e termica) e motoria del distretto oro-bucco-facciale;

Miglioramento della compliance familiare attraverso la formazione al caregiver.

L'intervento si è avvalso di strategie flessibili, adattate al profilo cognitivo ed emotivo del paziente, con attenzione particolare alla motivazione e alla partecipazione attiva. È stato costruito un setting prevedibile e favorevole, con proposte terapeutiche centrate sul paziente (es. stimolazione tramite cibi graditi, utilizzo di dispositivi per la masticazione protetta) e attività condivise finalizzate alla massima personalizzazione del trattamento.

Fondamentale è risultato il coinvolgimento attivo del caregiver principale, che ha partecipato alla definizione degli obiettivi riabilitativi, è stata formata alle tecniche di alimentazione assistita e ha costituito un anello cruciale nella modulazione del setting domestico. La sinergia paziente-famiglia-operatore ha rappresentato una risorsa terapeutica imprescindibile.

L'approccio adottato ha seguito una logica bottom-up, adattando la complessità degli stimoli alla variabilità quotidiana delle condizioni del paziente. Il principio guida è stato quello dell' "adeguatezza terapeutica", ovvero la scelta di interventi proporzionati alle possibilità effettive del soggetto, evitando qualsiasi forma di accanimento o forzatura.

RISULTATI: I risultati ottenuti, osservabili sia sul piano funzionale che su quello relazionale, hanno superato le aspettative iniziali. F., inizialmente alimentato esclusivamente per via enterale (PEG) e con un FOIS di livello 3, è progressivamente passato a una dieta solida IDDSI 7, con FOIS 6, recuperando così una piena alimentazione orale compatibile con la sua condizione clinica. Tale passaggio ha comportato miglioramenti tangibili anche nella gestione delle secrezioni, nella qualità della deglutizione, nella coordinazione motoria orale e nella capacità comunicativa.

Non meno significativi sono stati i cambiamenti sul piano esistenziale: F. ha ritrovato la possibilità di partecipare ai pasti con la propria famiglia, di esprimere i propri bisogni e di ristabilire un contatto affettivo e relazionale con i propri cari, elementi fondamentali per il recupero della dignità personale. La soddisfazione espressa dalla moglie e dai familiari ha confermato la validità dell'intervento anche dal punto di vista etico e umano.

L'esperienza ha inoltre evidenziato la necessità di includere stabilmente la figura del logopedista nelle équipe palliative, riconoscendo l'importanza della comunicazione e della deglutizione non solo come funzioni biologiche, ma come elementi strutturali dell'identità della persona. La riabilitazione logopedica, in questo contesto, non è semplice restituzione di funzione, ma atto di cura profondo, capace di restituire senso, dignità e appartenenza.

CONCLUSIONI: Rispondere ai bisogni espressi dal paziente, anche in presenza di prognosi infausta, è non solo possibile ma doveroso. Ha senso riabilitare anche quando la guarigione non è possibile, se questo significa restituire alla persona la possibilità di "vivere" e non semplicemente di "sopravvivere". Il concetto di dignità non è accessorio ma fondante, e ogni intervento che la sostiene è parte integrante del processo di cura.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

Amitrano A., Disfagia e Alimentazione, 2021

Gawande A., Being Mortal: Medicine and What Matters in the End, 2014

Caraceni A. et al., Libro italiano di medicina e cure palliative, 2019

Chahda et al., The role of speech-language pathologists in adult palliative care, 2016

Kelly et al., Comfort feeding and ethical aspects in palliative dysphagia care, 2018

Documento intersocietario SICP-SIN, Le Cure Palliative nel Malato neurologico, 2018

AIOM-SICP, Cure palliative precoci e simultanee, 2015

Ekberg et al., Social and Psychological Burden of Dysphagia, 2002

OMS, National cancer control programmes

Pollens R., Il ruolo del logopedista in hospice nelle CP, 2004



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



QUALITÀ DELL'ASSISTENZA IN CURE PALLIATIVE: LA VOCE DELLA FAMIGLIA

Silvia Dsoke¹, Giorgia Petrucci², Nader Lama³, Anna De Benedictis⁴, Andrea Domenico Manazza⁵, Giuseppe Casale⁶, Michela Piredda⁷, Maria Grazia De Marinis⁸, Anna Marchetti⁹

¹ Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Tor Vergata, Roma, Italia, ² Unità Operativa di Ortopedia e Traumatologia, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia, ³ Dipartimento di Biomedicina e Prevenzione, Università Tor Vergata, Roma, Italia, ⁴ Università Campus Bio-Medico, Roma, Italia, ⁵ SSCure Palliative, ASLT04, Chivasso, Italia, ⁶ Centro di Cure Palliative, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia, ⁷ Università Campus Bio-Medico, Roma, Italia, ⁸ Università Campus Bio-Medico, Roma, Italia, ⁹ Centro di Cure Palliative, Fondazione Policlinico Universitario Campus Bio-Medico, Roma, Italia

SCOPO: Un approccio centrato sul paziente e sulla famiglia costituisce un pilastro fondamentale per garantire cure palliative di elevata qualità. Sebbene la letteratura sottolinei l'importanza di coinvolgere attivamente i caregiver familiari nei processi di miglioramento continuo, le loro prospettive sulla qualità dell'assistenza restano ancora poco esplorate [1].

Per approfondire questo aspetto ancora poco indagato, lo studio si propone di sintetizzare le evidenze qualitative sulle esperienze vissute dai familiari nelle cure palliative, al fine di far emergere gli elementi chiave da loro percepiti come espressione di un'assistenza di buona qualità.

METODO: È stata condotta una metasintesi seguendo le linee guida del Joanna Briggs Institute [2]. La ricerca bibliografica è stata condotta su PubMed, CINAHL e PsycINFO, senza restrizioni di tempo e lingua. Tuttavia, è stata limitata agli studi che includevano caregiver familiari di pazienti adulti assistiti in contesti palliativi. Il processo di screening degli articoli è stato condotto in modo indipendente da due revisori sul software online CADIMA, eventuali discrepanze di giudizio tra i revisori sono state risolte coinvolgendo un terzo revisore per raggiungere il consenso.

RISULTATI: Trai 2258 articoli individuati attraverso le ricerche nelle banche dati, sono stati inclusi 6 studi nella metasintesi finale. Gli studi selezionati, condotti in diversi paesi, tra cui Canada, Europa e Australia, si caratterizzavano per disegni qualitativi, prevalentemente di tipo esplorativo, svolti all'interno di contesti assistenziali palliativi, sia domiciliari che residenziali.

I risultati evidenziano 3 temi principali:

1. approccio integrato alla cura
2. connessione tra ambiente e organizzazione
3. legami profondi

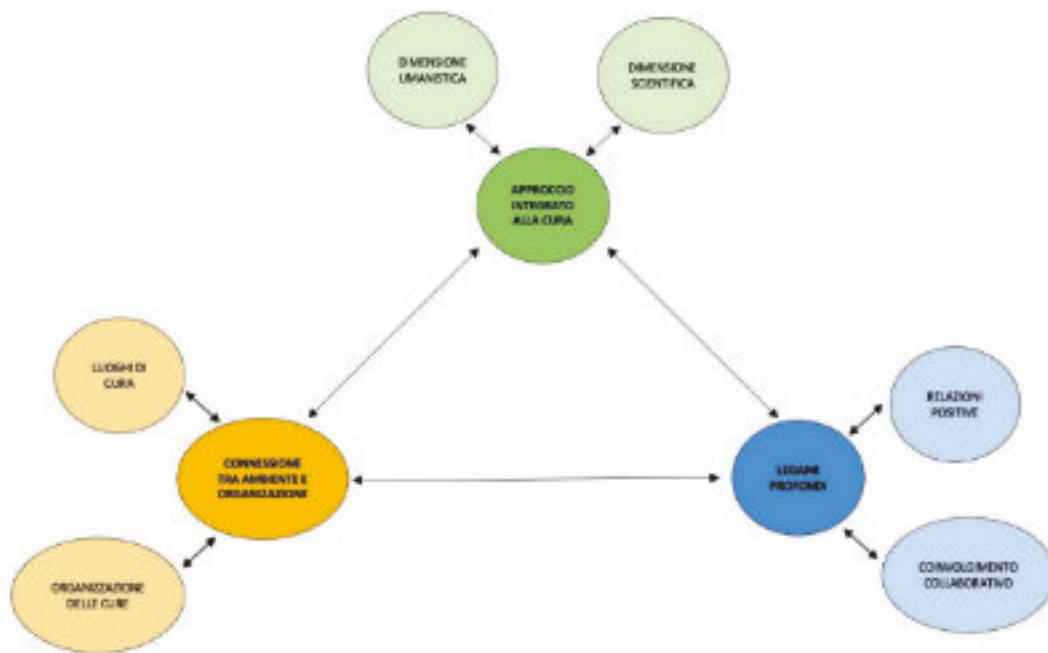
Il primo tema è inteso come una sintesi tra la dimensione tecnico-scientifica e quella umanistica in cui competenza clinica ed empatia si intrecciano per rispondere in modo completo ai bisogni del paziente e dei suoi cari.

Il secondo tema sottolinea l'importanza di un'assistenza che coniughi efficacia clinica e umanità in spazi accoglienti, sicuri e ben strutturati, capaci di trasmettere sensodi tranquillità e protezione.

Infine, il terzo tema mette in evidenza l'importanza della costruzione di legami profondi tra pazienti, familiari e professionisti sanitari, relazioni che si sviluppano lungo il percorso di cura e che lasciano nei familiari un'impronta emotiva e morale duratura che li accompagna anche oltre la perdita [3-8].

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Questa metasintesi descrive e sintetizza la qualità delle cure palliative dal punto di vista dei familiari, evidenziando come competenza clinica, sensibilità umana, ambienti accoglienti e relazioni significative siano elementi strettamente connessi nella percezione di un'assistenza efficace. In particolare, l'approccio integrato è riconosciuto come fondamentale, descritto come una sintesi tra scienza e umanità, in cui le competenze professionali si uniscono all'attenzione per le dimensioni emotive, sociali e spirituali della persona, rispondendo a bisogni complessi e prolungati nel tempo.

La qualità emerge anche nella continuità dell'assistenza, nel supporto durante il lutto e nella costruzione di rapporti di fiducia con i professionisti. L'equilibrio tra aspetti tecnici e relazionali consente interventi appropriati e presa in carico complessiva della persona. Tale approccio risulta strettamente legato alla qualità degli ambienti di cura e all'efficienza organizzativa, ritenuti determinanti per garantire sicurezza e benessere. Dalla sinergia tra sapere clinico, strutture organizzative e relazioni umane nasce un contesto assistenziale armonico, in grado di conferire significato e valore all'esperienza di cura.

Le testimonianze dei familiari si rivelano quindi una chiave interpretativa preziosa per comprendere quando l'assistenza palliativa raggiunge standard elevati centrati sulla persona.

BIBLIOGRAFIA:

1. Singer, P.A., Martin, D.K., & Kelner, M. (1999). Quality end-of-life care: patients' perspectives. *Jama*, 281(2), 163-168.
2. Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, editors. *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2024. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-24-01>
3. Aparicio, M., Centeno, C., Carrasco, J. M., Barbosa, A., & Arantzamendi, M. (2017). What are families most grateful for after receiving palliative care? Content analysis of written documents received: a chance to improve the quality of care. *BMC palliative care*, 16, 1-11.
4. Centeno, C., Arantzamendi, M., Rodríguez, B., & Tavares, M. (2010). Letters from relatives: a source of information providing rich insight into the experience of the family in palliative care. *Journal of Palliative Care*, 26(3), 167-175.
5. Bainbridge, D., Bryant, D., & Seow, H. (2017). Capturing the palliative home care experience from bereaved caregivers through qualitative survey data: toward informing quality improvement. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(2), 188-197.
6. Bainbridge, D., Giruparajah, M., Zou, H., & Seow, H. (2018). The care experiences of patients who die in residential hospice: A qualitative analysis of the last three months of life from the views of bereaved caregivers. *Palliative & Supportive Care*, 16(4), 421-431.
7. O'Connor, L., Gardner, A., Millar, L., & Bennett, P. (2009). Absolutely fabulous—But are we? Carers' perspectives on satisfaction with a palliative home care service. *Collegian*, 16(4), 201-209.
8. Miettinen, T., Alaviuhkola, H., & Pietilä, A. M. (2001). The contribution of "good" palliative care to quality of life in dying patients: family members' perceptions. *Journal of family nursing*, 7(3), 261-280.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ESPERIENZA SULL'UTILIZZO DEL GO WISH GAME PER COSTRUIRE INSIEME UN PERCORSO DI CURA

Ilaria Potenza¹, Barbara Sartorello², Valentina Rattone¹, Elisa Foglia¹, Luca Marinone¹

¹Azienda Sanitaria Locale di BIELLA- ASLBI, Ponderano, Italia, ²Fondo EDOTEMPIA, Biella, Italia

SCOPO: La comunicazione e la discussione in merito al sistema valoriale del paziente è un'attività fondamentale nel percorso di cura, per garantire la tutela della dignità e dell'autonomia decisionale del malato anche nel fine vita, come previsto dalla normativa¹.

Per queste motivazioni abbiamo deciso di utilizzare lo strumento GoWish Game in pazienti selezionati seguiti in cure palliative specialistiche domiciliari, al fine di favorire l'effettuazione di una Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC).

METODO: Da inizio aprile 2024 utilizziamo lo strumento GoWish Game in pazienti seguiti dal nostro Servizio di cure palliative specialistiche domiciliari. In un primo incontro il medico e l'infermiere della mini équipe di cure palliative presentano lo strumento al paziente² ed esplicitano i suoi diritti previsti dalla normativa¹. Si dichiara la finalità del gioco delle carte, ovvero far emergere cosa è importante per il malato, così da poter costruire insieme un percorso di cura. In uno o più incontri successivi si effettua poi il GoWish Game con il paziente ed eventualmente, con il suo consenso, si coinvolgono altre figure di riferimento. Tra i pazienti in cui è stato effettuato il GoWish Game, abbiamo selezionato due storie cliniche significative, con caratteristiche diverse tra loro. Le difficoltà comunicative ed espressive nel primo caso e l'aspettativa di vita sovrastimata e non aderente alla realtà nel secondo caso, ci permettono infatti di illustrare alcuni vantaggi derivanti dall'uso del GoWish Game al fine di effettuare una PCC.

RISULTATI: Edoardo (nome di fantasia) è un uomo di 70 anni affetto da malattia di Parkinson avanzata. La prima visita di cure palliative domiciliari, da parte della mini équipe medico infermieristica, è stata effettuata pochi giorni dopo la dimissione dal reparto ospedaliero di Neurologia. Edoardo è lucido, si esprime con voce ipofonica, l'eloquio è rallentato e complicato da un'importante scialorrea. Vive con la moglie, caregiver principale, aiutata da un badante. Durante il colloquio, il paziente e la moglie appaiono pienamente consapevoli dello stato di progressione della patologia neurologica e, alla luce di quanto osservato in pazienti più gravi durante il recente ricovero, si dimostrano preoccupati in merito a possibili evoluzioni della malattia e conseguenti approcci invasivi a cui il paziente potrebbe essere sottoposto. Negli incontri successivi, mentre la progressione di malattia accentua le difficoltà comunicative, gli operatori della mini équipe utilizzano il GoWish Game insieme al paziente in presenza della moglie. L'esito è una PCC, in cui Edoardo, informato e consapevole, rifiuta l'eventuale avvio di una Nutrizione Artificiale e sceglie il contesto domiciliare come luogo preferenziale di cura. Inoltre, grazie al GoWish Game, si è manifestata l'opportunità di parlare apertamente di sedazione palliativa, dell'importanza per il paziente sia della cura pastorale e spirituale sia della cura del corpo, con conseguente coinvolgimento nell'assistenza domiciliare di un assistente spirituale e di un operatore socio sanitario.

Lorenzo (nome di fantasia) è un uomo di 73 anni affetto da carcinoma polmonare, conosciuto dal nostro Servizio in corso di trattamenti oncologici attivi all'interno di un percorso di cure palliative simultanee. Vive con la moglie e la suocera molto anziana, anch'essa bisognosa di assistenza. Lorenzo è molto attivo sul piano sociale e familiare. Alla sospensione della terapia oncologica attiva, in considerazione della progressione di malattia, si evidenzia una non aderenza alla realtà con verbalizzazione di progetti a lungo termine da parte del paziente. L'applicazione del GoWish Game, insieme agli operatori della mini équipe medico infermieristica di cure palliative domiciliari, ha consentito al paziente di esprimere il desiderio di proseguire il percorso di cura al domicilio, l'importanza di avere accanto a sé la moglie ed il desiderio di non gravare ulteriormente su di lei. Tutto questo ha permesso un confronto con la realtà, che ha coinvolto il paziente e la sua famiglia, al fine di trovare delle soluzioni operative nel maggior rispetto possibile delle volontà del paziente stesso. Nei giorni immediatamente successivi all'effettuazione del GoWish Game il paziente ha rimodulato i propri impegni delegando responsabilità. Inoltre ha comunicato direttive precise circa il proprio funerale, identificando un fiduciario.

CONCLUSIONI: Sebbene in entrambi i casi i colloqui siano stati caratterizzati da un'elevata emotività di pazienti e caregiver, si è constatato che il GoWish Game rappresenta uno strumento concreto ed efficace

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

per fornire un vocabolario che dia voce ai bisogni, alle preoccupazioni e alle opportunità di pazienti e familiari. La condivisione di tali valori con l'equipe di cura ha permesso di tradurli in una PCC.

BIBLIOGRAFIA:

1-Legge 219/2017 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento

2- Elizabeth S. Menkin, M.D. GoWish: A Tool for End-of-Life Care Conversations Journal of Palliative Medicine Volume 10, Number 2, 2007



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



NAMASTE CARE E STIMOLAZIONE MULTISENSORIALE NEL DISTURBO NEUROCOGNITIVO MAGGIORE DI GRADO SEVERO: ESPERIENZA IN UN REPARTO OSPEDALIERO DI CURE PALLIATIVE

Laura Feltri¹, Michele Luciani¹, Jacopo Usai¹, Francesca Buco², Estelle Costi¹, Francesca Neviani², Olivia Moio², Marco Bertolotti¹, Chiara Mussi¹, Caterina Rontauroli²

¹ Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia, ² Azienda ospedaliero Universitaria di Modena, Modena, Italia

SCOPO: Studio osservazionale prospettico ideato nell'ambito del progetto Dementia Friendly Hospital con l'obiettivo di valutare l'efficacia del protocollo Namaste Care nel setting ospedaliero, allo scopo di ottenere un miglior controllo dei sintomi nei pazienti con disturbo neurocognitivo maggiore di grado severo. Saranno esaminati in particolare la gestione del dolore e i disturbi del comportamento, sintomi questi ultimi spesso difficili da controllare con la sola terapia farmacologica.

Ulteriore obiettivo sarà valutare l'utilità di questo approccio nella gestione del lutto/burden vissuto dal caregiver.

Il programma Namaste Care, già consolidato con evidenze scientifiche nella sua applicazione in contesti residenziali e hospice (1), si basa su un approccio multisensoriale e relazionale applicato in un ambiente accogliente che mira a migliorare la qualità della vita dei pazienti.

METODO: Lo studio prevede l'arruolamento di pazienti ricoverati presso l'Unità di Cure Palliative Geriatriche o presso il reparto di Geriatria acuti secondo le seguenti caratteristiche:

- Età superiore ai 65 anni;
- Diagnosi di disturbo neurocognitivo maggiore di grado severo, definito da un punteggio Clinical Dementia Rating (CDR) ≥ 3 ;
- Presenza di sintomi comportamentali e/o dolore non adeguatamente controllati dalla terapia farmacologica;

Criteri di esclusione saranno l'impossibilità di raccogliere informazioni sulla storia di vita del paziente, paziente già in sedazione palliativa o prognosi inferiore ai sette giorni.

I pazienti selezionati saranno sottoposti a un protocollo di Namaste Care della durata di almeno 5 sedute di circa 30 minuti ciascuna, svolte in un ambiente multisensoriale all'interno del reparto.

Le sedute includeranno attività quali stimolazione sensoriale (musica, aromaterapia, luci soffuse, massaggi alle mani e al viso), cura personale (pettinatura, manicure), offerta di cibi e bevande graditi, nell'ambito di un approccio Person-Centred Care e Gentle Teaching.

Il trattamento verrà personalizzato in modalità e durata a seconda della condizione clinica del paziente e dei sintomi refrattari principali rilevati.

Le prime tre sedute saranno svolte dal personale sanitario di reparto (Terapista della Riabilitazione Psichiatrica-TeRP), le sedute successive saranno svolte in autonomia dal caregiver o da un volontario (qualora non vi fosse un caregiver disponibile) con la sola supervisione del TeRP.

La valutazione dell'efficacia del protocollo sarà effettuata attraverso il rilievo di dati clinici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione, frequenza respiratoria) e la somministrazione di scale prima, durante e dopo i trattamenti:

- Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) per la valutazione del dolore;
- Neuropsychiatric Inventory (NPI) per la valutazione dei sintomi comportamentali;
- Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) per la valutazione dell'evoluzione della complessità clinica, psicologica, sociale e spirituale del paziente;
- Edmonton Symptom Assessment Scale (ESAS) per la valutazione dei sintomi clinici impattanti sulla qualità della vita;
- Prolonged Grief Disorder (PG12) per la valutazione del lutto nel caregiver;
- Caregiver Difficulty Scale (CDS) per la valutazione della difficoltà nell'assistenza;
- Quality of life in late-stage dementia (QUALID) per la valutazione della qualità della vita in soggetti con demenza avanzata.

Saranno inoltre raccolti dati qualitativi attraverso interviste a caregiver e personale sanitario coinvolto.

RISULTATI: Si prevede che l'applicazione del protocollo Namaste Care nel contesto ospedaliero possa, anche sulla base della letteratura esistente (2), portare a:

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Riduzione significativa del dolore, come evidenziato da studi precedenti che hanno mostrato una diminuzione dei punteggi PAINAD nei pazienti sottoposti a NamasteCare;
- Miglioramento dei sintomi comportamentali, quantificabile come diminuzione del punteggio all'NPI; - Miglior preparazione al lutto e diminuzione del Burden of Disease da parte dei caregiver, grazie a un approccio più umano e relazionale nella cura dei pazienti con demenza avanzata.

CONCLUSIONI: Il presente studio mira a fornire evidenze sull'efficacia del protocollo NamasteCare in un contesto ospedaliero.

I risultati attesi potrebbero supportare l'integrazione di interventi non farmacologici nella gestione dei pazienti con demenza avanzata, migliorando il controllo dei sintomi e la qualità di vita nella fase terminale di malattia ed in particolare in setting di cure palliative.

L'adozione di questo protocollo potrebbe inoltre favorire una maggiore umanizzazione delle cure, promuovendo un modello assistenziale centrato sulla persona e sulle sue esigenze emotive e sensoriali.

BIBLIOGRAFIA:

1. Staquole M, Hockley J, Thompsell A, Simard J, Volioer L. The NamasteCare programme can reduce behavioural symptoms in care home residents with advanced dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2015;30(7):702–709
2. Bunn F, Lynch J, Goodman C. et al. Improving living and dying for people with advanced dementia living in care homes: a realist review of NamasteCare and other multisensory interventions. *BMC Geriatr* 18,303 (2018).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



UNA COCCOLATERAPEUTICA: MUSICOTERAPIA E RIFLESSOLOGIA PLANTARE IN HOSPICE

Incoronata Romaniello¹, Sandra Grazioli², Giuseppe Vaccino², Elisa Mazzella³, Nadia Vigna³

¹ ASLNOVARA, PO di Borgomanero, Italia, ² ASLNO, Hospice di Arona, Italia, ³ Associazione Mimosa Amici del DH di Borgomanero-ODV, Borgomanero, Italia

SCOPO: Lo scopo delle cure palliative è quello di offrire la migliore qualità della vita possibile al paziente che si trova nella fase terminale della sua storia di malattia. In quest'ottica anche le terapie complementari svolgono un ruolo importante per promuovere con maggiore efficacia il benessere biopsicofisico del paziente e migliorare la relazione di cura. La musicoterapia e la riflessologia plantare trovano spazio nell'ambito delle cure complementari, finalizzate proprio alla presa in cura olistica del paziente e possono essere considerate una coccola per la componente spirituale e per il corpo.

Abbiamo pertanto voluto verificare attraverso una esperienza pilota se l'inserimento della musicoterapia e della riflessologia plantare potessero trovare una buona accoglienza da parte dei pazienti e dei loro caregiver nel setting di cura dell'Hospice della nostra ASL.

METODO: Dopo la presentazione del progetto alla ASL, è stato svolto un primo incontro conoscitivo tra gli operatori dell'Hospice e la musicoterapista e la naturopata al fine di condividere indicazioni degli interventi proposti e obiettivi del lavoro di collaborazione proposto attraverso l'Associazione di volontariato.

Dal 31/3/2024 al 31/3/2025 è stato attivato, tramite un accordo con una associazione di volontariato, un servizio di musicoterapia e di riflessologia plantare per tutti i pazienti ricoverati presso l'Hospice della nostra ASL. Nel periodo sono state svolte 85 ore di lavoro da parte della naturopata che ha trattato 40 pazienti con la riflessologia plantare e 43 ore di lavoro da parte della musicoterapista che ha coinvolto 37 pazienti e 14 caregiver attraverso sedute che hanno previsto: l'ascolto delle musiche del cuore, l'esplorazione sonora musicale con piccoli strumenti al letto del paziente e il canto.

All'inizio di ogni seduta venivano spiegate al paziente e al caregiver gli obiettivi della musicoterapia e della riflessologia plantare, dopo un colloquio preliminare con gli operatori dell'Hospice.

Al termine di ogni seduta venivano condivisi con il paziente e con il caregiver i risultati dell'intervento eseguito. Le specialiste effettuavano un incontro di feedback anche con gli operatori sanitari.

RISULTATI: In relazione alla riflessologia plantare i pazienti hanno segnalato i seguenti feedback: senso di accoglienza, rilassamento profondo e sensazione di benessere, tranquillità, riduzione delle tensioni corporee e degli edemi. Per quanto concerne la musicoterapia i pazienti hanno riferito un benessere legato alla possibilità attraverso la musica di esprimere le proprie emozioni, di recuperare ricordi felici, di ottenere un rilassamento psico corporeo, di ottenere un miglioramento del tono dell'umore, di avere la possibilità di condividere ancora una esperienza nuova con i propri familiari. Il clima che si è creato tra il paziente/caregiver e la musicoterapista e la naturopata è stato buono e in tutti i casi gli operatori sanitari hanno evidenziato un buon risvolto sul tono dell'umore del paziente nelle ore/giorni successive.

CONCLUSIONI: L'inserimento della riflessologia plantare e della musicoterapia ha permesso di offrire ai pazienti ricoverati presso il nostro Hospice una esperienza unica che ha migliorato la loro qualità di vita permettendo loro di condividere un ultimo momento speciale con i propri cari.

La collaborazione con il volontariato ha permesso la realizzazione di questa attività che sarà portata avanti, dopo questa esperienza pilota positiva, anche nel 2025.

BIBLIOGRAFIA:

Complementary and Alternative Medicine in Hospice and Palliative Care: A Systematic Review
Zeng YS, Wang C, Ward KE, Hume AL J Pain Symptom Manage. 2018 Nov; 56(5):781-794.

Use of non-pharmacological interventions for comforting patients in palliative care: a scoping review
Coelho A, Parola V, Cardoso D, Bravo ME, Apóstolo J. JBI Database System Rev Implement Rep. 2017 Jul; 15(7):1867-1904.

Song of Life: Results of a multicenter randomized trial on the effects of biographical music therapy in palliative care

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Warth M, Koehler F, Brehmen M, Weber M, Bardenheuer HJ, Ditzgen B, Kessler J. *Palliat Med.* 2021 Jun;35(6):1126-1136.

The effects of single-session music therapy interventions on the observed and self-reported levels of pain control, physical comfort, and relaxation of hospice patients
Krout RE. *Am J Hosp Palliat Care.* 2001 Nov-Dec;18(6):383-90.

Bradt J., Dileo C., Magill, L., Teague, A. (2016) "Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients" *Cochrane Review* Copyright © 2016, Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Bradt J., Dileo C., Magill, L., Teague, A. (2016) "Music interventions for improving psychological and physical outcomes in cancer patients" *Cochrane Review* Copyright © 2016, Published by John Wiley & Sons, Ltd.

Does reflexology impact on cancer patients' quality of life?
Hodgson H. *Nurs Stand.* 2000 Apr 19-25;14(31):33-8.

Reflexology in oncological treatment - a systematic review
Klaus M, Kutschan S, Männle H, Hübner J, Dörfler J. *BMCComplement Med Ther.* 2024 Jan 11;24(1):32.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



UTILIZZO DELL'ECOGRAFIA BEDSIDE NELLE VALUTAZIONI DOMICILIARI. IMPLEMENTAZIONE IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Marco Bolognani¹, Gloria Giustozzi²

¹SSD CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE APSS, Trento, Italia, ²UO PEDIATRIA APSS, Trento, Italia

SCOPO: L'ecografia bedside, grazie ad immediatezza, scarsa invasività e possibilità di utilizzo al letto del paziente sta guadagnando interesse nell'ambito delle cure palliative. L'impiego point-of-care consente un monitoraggio attento e tempestivo di diverse condizioni cliniche, riducendo necessità di trasferimenti o accessi in PS.

METODO: Analisi dell'applicazione di un ecografo portatile durante valutazioni domiciliari routinarie ed urgenti all'interno di una Rete territoriale di Cure Palliative Pediatriche.

RISULTATI: Da marzo 2024 a marzo 2025 sono state effettuate 21 valutazioni ecografiche bedside a domicilio. La rete di CPP copre annualmente 85 minori (90 % dei pazienti eleggibili) di età 0-24 anni e ampia variabilità di diagnosi.

Le ecografie, esclusivamente toraciche, sono state eseguite da pediatra formato, al domicilio del paziente. Indicazioni: diagnosi di consolidamento polmonare, versamento pleurico, necessità di ricovero, monitoraggio

CONCLUSIONI: L'ecografia pediatrica bedside risulta essere strumento di provata utilità in Cure Palliative per le sue caratteristiche di immediatezza, bassa invasività e riduzione della necessità di ricovero e spostamento del paziente. Questa iniziale esperienza concorre a dimostrare le sue potenzialità anche nell'ambito delle cure palliative pediatriche, aprendo prospettive di implementazione del suo utilizzo nel setting domiciliare.

BIBLIOGRAFIA:

Lo Het al. Handheld Ultrasound (HHUS): Potential. Ultrasound Int Open 2022; 8: E68–E76

Chernack B, Knowlton SE, Kohler MJ. The Use of Ultrasound in Palliative Care and Hospice. Am J Hosp Palliat Care 2017; 34: 385–391.

doi:10.1177/1049909115625960

Dietrich CF, Goudie A, Chiorean L et al. Point of Care Ultrasound: A WFUMB Position Paper. Ultrasound Med Biol 2017; 43: 49–58.

doi:10.1016/j.ultrasmedbio.2016.06.021



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DELLE CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI CON LA MALATTIA DI CREUTZFELDT-JACOB

Letizia Ronchi¹, Tamanti Jacopo¹, Azzalin Martina¹, Cuomo Anna Maria Rita¹, Valenti Danila¹

¹UOC Rete delle Cure Palliative Azienda USL di Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: La malattia di Creutzfeldt-Jakob (MCJ) porta ad una rapida demenza progressiva fatale. I sintomi sono caratterizzati da deficit polisettoriali prevalentemente corticali con perdita di memoria, cambiamenti di personalità, allucinazioni, disartria, miocloni, rigidità posturale e convulsioni. Obiettivo del nostro studio è descrivere l'importanza dell'intervento delle Cure Palliative (CP) nella gestione dei pazienti con MCJ (pz) e nella presa in carico dei familiari.

METODO: Nel nostro Istituto le CP vengono attivate dai neurologi coi quali vi è una costante collaborazione per le patologie degenerative progressive a prognosi infausta, negli ultimi anni anche per i pazienti con diagnosi di MCJ sono state attivate le CP. La attivazione delle CP ha permesso di contribuire alla gestione dei sintomi nei vari setting (domicilio, ospedale e Hospice) e gestire il fine vita attraverso la sedazione palliativa nell'imminenza del fine vita. Le CP hanno inoltre supportato i familiari con colloqui nelle varie fasi.

RISULTATI: Dal 1 gennaio 2016 al 31 dicembre 2024 sono state richieste 10 attivazioni per pazienti con MCJ di cui 8 pervenute dalla neurologia (80%) e 2 pervenute da medici di medicina generale (20%). I familiari hanno accettato in tutti i casi il percorso di CP proposto (100%). I pz erano: 2 uomini (20%) e 8 donne con un'età mediani di 64 e medi di 64,5 anni (range 50-81). Per tutti i pazienti è stato richiesto l'intervento del palliativista per la gestione dei sintomi esorditi e progrediti rapidamente nel giro di settimane o giorni, fino alla sedazione continua nell'imminenza del fine vita. Il luogo di decesso è stato per 8 (80%) pz l'Hospice, per 2 (20%) pz l'ospedale. Le CP hanno seguito con una media di 2 mesi i pazienti (range 1-3) ed hanno svolto dai 2 ai 4 colloqui di consapevolezza con le famiglie. Le CP sono state inoltre coinvolte nel 30% dei casi nel processo decisionale relativo alla proposta di eseguire autopsia a fini di ricerca data la rarità della MCJ.

CONCLUSIONI: Le CP sono risultate importanti nella gestione clinica dei pz con CJD e nel supporto alle famiglie. Ulteriori studi sono necessari per definire linee di indirizzo.

BIBLIOGRAFIA:

Baudoin D, Krebs S. L'équipe mobile de soins palliatifs en service de neurologie: présentation de deux groupes interdisciplinaires et pluriprofessionnels fruits d'un projet commun de diffusion de la démarche palliative et d'aide à la réflexion éthique [Mobile team of palliative care in a department of neurology: value of two multidisciplinary and professional groups fruit of a joint distribution of the palliative approach and ethical support]. Rev Neurol (Paris). 2013 Apr;169(4):335-44. French. doi: 10.1016/j.neurol.2012.10.013. Epub 2013 Feb 28. PMID: 23453274.

Price JR, Kheirbek RE. Addressing the Unmet Needs of Patients With Rapidly Progressive Neurological Disease: A Case Report of Palliative Care in Creutzfeldt-Jakob Disease (CJD). Cureus. 2024 Feb 29;16(2):e55228. doi: 10.7759/cureus.55228. PMID: 38558630; PMCID: PMC10981389.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE IN CARTELLA CLINICA: UN'AREA DEDICATA

Alessandro Guidetti¹, Sibilla Restelli¹, Chiara Rimoldi¹, Alessandro Zanolini¹, Clarissa Florian¹, Luca Moroni¹

¹Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso, Italia

SCOPO: All'interno della nostra realtà lavorativa è stato costituito un gruppo di lavoro con l'obiettivo di creare uno strumento per implementare una procedura formalizzata di pianificazione condivisa delle cure (PCC) con i pazienti assistiti. Tale procedura è stata integrata in uno spazio dedicato della cartella informatizzata.

La Pianificazione condivisa delle cure (art. 5, legge 219/2017) rappresenta uno strumento fondamentale finalizzato a garantire dignità e autodeterminazione alla persona malata in un percorso di dialogo continuo.

METODO: Formazioni esterne per gli operatori del gruppo di lavoro.

Formazione interna ai colleghi.

Somministrazione di un questionario agli operatori (2024).

Dal questionario, sono emersi i seguenti dati:

- Non sempre il percorso clinico-assistenziale coincide con quanto tracciato in cartella.
- Tra i fattori ostacolanti l'attuazione di percorsi di PCC con i pazienti, sembrano emergere in particolare: la mancanza di informazione del paziente, l'ingerenza dei familiari e l'assenza di uno spazio dedicato in cartella.
- La mancanza di strumenti specifici per tracciare le volontà dei pazienti e di conseguenza l'esigenza di uno spazio dedicato.
- Tutti gli operatori avvertono come compito appartenente al proprio ruolo quello di parlare con i pazienti delle proprie volontà.

RISULTATI: Costruzione di un'area dedicata in cartella nella quale:

- Tutti gli operatori possono ricostruire quanto avvenuto nel processo decisionale del paziente nel rapporto con l'equipe in uno spazio libero con traccia flessibile.
- Tracciare i piccoli passi che si fanno nel tempo. Questo rappresenta una guida alla comprensione e al valore del paziente che poi sarà una traccia per le scelte dell'equipe.
- Indicare in modo letterale le frasi più importanti del paziente (verbatim): questo fa sì che il paziente si ritrovi e rafforza l'alleanza.

CONCLUSIONI: Avere una sezione dedicata alle PCC in cartella permette:

- L'immediata disponibilità di informazioni connesse alle volontà del paziente e una migliore continuità assistenziale.
- Di prendere decisioni nei momenti difficili avendo come base decisionale, oltre agli aspetti clinici, anche le volontà del paziente.
- La costruzione progressiva e multidisciplinare del percorso decisionale delle scelte di cura e maggiore coerenza tra le scelte cliniche e le reali volontà del paziente.
- Di non perdere informazioni importanti, anche nelle assistenze di lunga durata.
- La valorizzazione delle volontà del paziente con i familiari anche laddove emergano difficoltà nell'accettazione delle stesse.

BIBLIOGRAFIA:

- Legge 22 Dicembre 2017, n° 219, "Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento".
- Relazione sull'applicazione della legge 219/2017 per la raccolta delle disposizioni anticipate di trattamento (DAT); 2022.
- Informazione e consenso progressivo in cure palliative: un processo evolutivo condiviso – raccomandazioni della SICP; 2015.
- La traduzione italiana del documento di consenso EAPC sulla pianificazione anticipata delle cure. Orsi, Valenti, Peruselli. 2018.
- Dowling T et al, Implementing Advance Directive - an international literature review of important considerations for nurses, J Nurs Manag 2020 Jul 14.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CASE REPORT: L'ESPERIENZA DI MASSAGGIO E MUSICOTERAPIA IN HOSPICE SU UN PAZIENTE AFFETTO DA SLA IN FASE TERMINALE

Daniela Panzeri¹, Giada Bastoni², Romina Rossi³, Marco Cesare Maltoni³

¹ Associazione onlus Amici dell'hospice, Forlì, Italia, ² Conservatorio Maderna-Lettimi, Cesena, Italia, ³ Ausl Romagna, Forlì, Italia

SCOPO: La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva che comporta la perdita della funzione motoria, fino a compromettere la respirazione, la comunicazione e ogni movimento volontario. Nelle fasi avanzate della malattia, le funzioni cognitive possono rimanere integre, rendendo la sofferenza ancor più intensa e complessa. In questo scenario, le cure palliative assumono un ruolo centrale nel prendersi cura della persona nella sua totalità, andando oltre la dimensione clinico-sanitaria per abbracciare quella relazionale, esistenziale e spirituale.

In tale contesto gli interventi integrati non farmacologici possono rappresentare un valido sostegno.

Il presente lavoro illustra l'esperienza di un accompagnamento in fase terminale che ha coinvolto una massaggiatrice (Preferred practitioner S4OM) e due musicoterapeute in un percorso condiviso con un paziente affetto da SLA. L'approccio combinato di massaggio con oli essenziali e musica dal vivo ha avuto come obiettivo il sollievo della sofferenza globale, offrendo al paziente una possibilità di espressione e rilassamento, pur in una condizione di immobilità quasi totale.

Il progetto descritto nasce dalla volontà di sperimentare un intervento olistico e non invasivo volto a migliorare la qualità della vita nelle ultime settimane di vita. In particolare, la musicoterapia recettiva si è dimostrata uno strumento efficace e privo di effetti collaterali per i pazienti con SLA. Essa offre un ambiente protetto, contenitivo e stimolante nel quale la persona può esplorare il proprio mondo interiore attraverso il suono e la musica, anche in assenza di comunicazione verbale.

Parallelamente, il massaggio delicato con oli essenziali svolto con leggeri sfioramenti come carezze lungo gli arti inferiori ha contribuito a generare uno stato di rilassamento profondo, favorendo la percezione del corpo come risorsa sensoriale e non solo come fonte di dolore o limite. La combinazione delle due pratiche ha creato uno spazio condiviso di ascolto, cura e rispetto, in cui il paziente ha potuto sentirsi a proprio agio in modo naturale.

METODO: L'intervento è stato realizzato una volta nella stanza del paziente, in un contesto familiare e accogliente. Il paziente comunicava attraverso un puntatore oculare ed era in grado di muoversi soltanto il capo. La sessione prevedeva la presenza simultanea delle due musicoterapeute e della massaggiatrice, con un'impostazione adattata ai bisogni del momento.

Il metodo utilizzato è stato quello della musicoterapia recettiva. Le terapeute hanno improvvisato un brano dal vivo utilizzando flauto traverso e tamburo. Il tamburo veniva suonato con ritmo regolare e ripetitivo, con funzione contenitiva e stabilizzante, mentre la melodia del flauto si muoveva su un registro centrale, con un andamento melodico morbido e rassicurante. L'improvvisazione era calibrata sull'atmosfera emotiva percepita e sulla risposta del paziente, che ad occhi chiusi segnalava consenso o apprezzamento con movimenti oculari o minimi spostamenti del capo.

Contemporaneamente, la massaggiatrice eseguiva un trattamento delicato con oli essenziali scelti in base alle preferenze del paziente e agli obiettivi del momento (rilassamento, sollievo muscolare). Il tocco era lento, profondo e rispettoso dei confini corporei del paziente.

RISULTATI: Durante la seduta, si sono riscontrate diverse dimensioni della sofferenza:

- Aspetto fisico: dolore muscolare e articolare, difficoltà alla mobilitazione, sensazione di prigionia nel proprio corpo.
- Aspetto psicosociale: senso di colpa e impotenza nei confronti dei familiari, in particolare della zia che si prendeva cura del paziente con dedizione. Desiderio di non essere un peso e al tempo stesso bisogno di contatto e presenza.
- Aspetto spirituale: espressione di un desiderio profondo di comprensione, di accompagnamento nel passaggio verso la morte. Domande esistenziali espresse attraverso gli sguardi, i tempi del silenzio e il bisogno di presenza autentica.

Il paziente ha accolto con entusiasmo e gratitudine l'incontro, mostrando sin dai primi momenti segnali di rilassamento, riduzione della tensione facciale, occhi chiusi, allentamento della mandibola e talvolta

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

commozione visibile. Ha definito questa esperienza come "FANTASTICA", sottolineando quanto fosse importante per lui esser raggiunto in un modo non verbale, rispettoso e profondamente umano.

L'intervento ha prodotto benefici rilevanti sul piano:

- Corporeo: momentaneo sollievo dal dolore, percezione del corpo non solo come limite, ma come canale di ascolto e contatto
- Emotivo: aumento del tono dell'umore, maggiore serenità
- Relazionale: apertura alla relazione, ma anche maggiore disponibilità emotiva nei confronti dei familiari a cui per giorni ha raccontato l'esperienza piacevole vissuta
- Spirituale: possibilità di vivere con maggior consapevolezza e accettazione la propria condizione, dando significato all'esperienza di fine vita in hospice.

CONCLUSIONI: Questa esperienza dimostra come l'integrazione tra musicoterapia e massaggio possa costituire una risposta concreta, accessibile e profonda ai bisogni delle persone affette da SLA in fase avanzata. In un tempo in cui il corpo viene progressivamente meno come strumento d'azione, il suono e il tocco diventano veicoli privilegiati di comunicazione, presenza e senso.

L'efficacia del trattamento è dipesa non solo dalle tecniche utilizzate, ma soprattutto dalla qualità della relazione instaurata con il paziente: una relazione basata sull'ascolto profondo, sull'assenza di giudizio, sulla capacità di stare nel tempo dell'altro. L'approccio adottato si inserisce pienamente nella cornice delle cure palliative moderne, come delineate da Dame Cicely Saunders, dove l'assistenza non si limita alla soppressione del dolore fisico, ma si estende al sollievo della "total pain" che comprende aspetti somatici, psicologici, sociali e spirituali.

Documentare e condividere questo tipo di interventi è fondamentale per ampliare la cultura della cura, favorire approcci interdisciplinari e rafforzare la dimensione umanizzante della medicina. Ogni paziente, anche quando non può più parlare o muoversi, ha diritto a essere raggiunto là dove ancora può essere sentito: nel cuore, nella pelle, nell'anima.

BIBLIOGRAFIA: Cerlati, P., & Crivelli, F. (Eds.), 2015. Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative. Prendersi cura dell'altro con uno sguardo sistemico-complesso. FrancoAngeli
Heep Spence C., 2023, Palliative Touch Massage of People at the end of life. Handspring Publishing
Moore R., 2017. Strengthening the Presence of Massage Therapy in Palliative Care. Massage & Myotherapy Journal, 15(1), pp 14-19
Havner, R.D. et al., 2022. Impact of Massage Therapy on the quality of life of hospice patients and their caregivers: a pilot study. Journal of Palliative Care, 37(1), pp. 41-47
Kerkhof, M., 2015. Complementary nursing in end-of-life care: integrative care in palliative care. Wernhout: Kicozo.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

MODELLI DI CURA GEROPALLIATIVO: UNO SGUARDO AI CENTENARI

Loredana Sutura¹, Federica Testaverde², Gaetana Rinaldi³

¹SamoOnlus, Palermo, Italia, ²SamoOnlus, Palermo, Italia, ³SamoOnlus, Palermo, Italia

SCOPO: Negli anziani nelle fasi terminali delle malattie, gravate da variabile disabilità, sono molto spesso praticate terapie usuali in presenza di fattori prognostici negativi e di un andamento clinico che si aggrava progressivamente: in questi casi si dovrebbe considerare la qualità della vita del paziente come obiettivo da raggiungere ricorrendo alle cure palliative. Quest'ultima secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità si occupa in maniera attiva e totale dei pazienti affetti da malattie che non rispondono più a trattamenti specifici e la cui diretta evoluzione è la morte. Le cure palliative migliorano la qualità della vita dei malati e delle famiglie, che si confrontano con i problemi associati a malattie inguaribili, attraverso la prevenzione e del sollievo dalla sofferenza per mezzo dell'identificazione precoce, dell'approfondita valutazione e del trattamento del dolore e di altri problemi fisici, psico-sociali e spirituali.

METODO: Sono disponibili scale da utilizzare nella valutazione del paziente anziano eleggibile alle cure palliative; di solito il criterio è la presenza di gravi condizioni cliniche come le piaghe da decubito al 3° o 4° stadio, la polmonite, la dialisi, la scarsa risposta alle cure tradizionali con calo del peso corporeo > al 10%. La Palliative Performance Scale (PPS) valuta globalmente il malato nelle sue capacità residue. Il suo punteggio serve a calcolare il PPI o Palliative Prognostic Index, la prognosi è inferiore alle 3 settimane se PPI > 6, inferiore alle 6 settimane se > 4 e superiore alle 6 settimane se < 4. Un criterio utilizzato abbastanza diffusamente per il paziente con demenza è la scala FAST, che prevede che il paziente demente sia allo stadio 7 o oltre della scala FAST (Functional Assessment Staging Scale), e cioè incapace di camminare, di vestirsi, di fare il bagno, incontinente, incapace di comunicare e presenti una delle seguenti patologie: polmonite da aspirazione, pielonefrite, setticemia, ulcere da decubito oltre il 3° stadio, albuminemia. Abbiamo valutato un gruppo di pazienti assistiti in cure palliative domiciliari di età compresa tra i 100 e i 110 anni, ponendo attenzione alla diagnosi di ingresso, alla scala PPS, PPI, FAST e PAINAD.

RISULTATI: Totale dei pazienti assistiti di età compresa tra 100-110 anni era 46; media della scala PPS: 30%, PPI 4; PAINAD 2. Diagnosi prevalente demenza in stadio terminale con media scala FAST 7. Nessuno con patologia oncologica. 13 con scompenso cardiaco, 26 con insufficienza renale, 39 con insufficienza respiratoria.

CONCLUSIONI: Dalla nostra analisi dei dati si evince che i grandi anziani necessitano di cure palliative prevalentemente per demenze e problematiche comportamentali, spesso sono cardiopatici, broncopatici e nefropatici.

Il grande anziano è fragile, come tale presenta una elevata vulnerabilità multiorgano. La transizione ad un modello di cura gero-palliativa per il grande vecchio è quindi prevedibile. Le cure di fine vita nella popolazione più anziana sono un problema da considerare, visto l'aumento del numero centenari e la modestia culturale delle cure palliative nel grande vecchio.

BIBLIOGRAFIA: web

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CURE PALLIATIVE PRECOCE NELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA): IMPERATIVO CLINICO O SEMPLICE POSSIBILITÀ?

Arianna Nicoli¹, Tiziano Zincola², Laura De Filippo¹, Corradino Federico¹, Silvia Goffredo¹, Antonia Frisone², Walter Tirelli², Luigi Lombardo², Patrizia Ginobbi², Italo Penzo², Evelina Pedaci¹

¹Hospice Cure Palliative Distretto di Lecce, San Cesario di Lecce, Italia, ²Fondazione Sanità e Ricerca, Roma, Italia

SCOPO: La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva dell'adulto che conduce a grave disabilità, compromissione cognitiva e insufficienza irreversibile dei muscoli respiratori. L'integrazione precoce delle cure palliative è fondamentale per migliorare la qualità di vita del paziente e garantire una pianificazione anticipata delle cure fin dal momento della diagnosi. Nonostante vi sia un consenso generale sulla necessità di un approccio multidisciplinare, il coinvolgimento delle cure palliative nella gestione della SLA varia notevolmente, con un impatto negativo sia sui pazienti che sui loro caregiver. Lo scopo del presente studio è di esaminare le linee guida internazionali e le raccomandazioni esistenti sulle cure palliative nella SLA, al fine di identificare quando e come tali cure dovrebbero essere integrate nel percorso assistenziale del paziente.

METODO: È stata condotta una revisione della letteratura degli ultimi 15 anni, utilizzando PubMed come database principale. I termini di ricerca includevano: motor neuron disease (MND), amyotrophic lateral sclerosis (ALS), neurodegenerative disorder, palliative care, guidelines, recommendations, protocol.

RISULTATI: Esiste un consenso sul fatto che il coinvolgimento precoce delle cure palliative migliori la sopravvivenza e la qualità di vita dei pazienti con SLA, che presentano tipicamente una rapida progressione della malattia e bisogni assistenziali complessi. Nonostante le linee guida raccomandino un'integrazione tempestiva delle cure palliative, molti paesi non dispongono di un quadro normativo definito. Le variazioni nell'accesso alle cure palliative e i diversi modelli di assistenza sanitaria rendono difficile stabilire raccomandazioni internazionali universalmente applicabili.

CONCLUSIONI: L'integrazione delle cure palliative nella gestione della SLA migliora significativamente la qualità di vita dei pazienti. Tuttavia, è necessaria l'armonizzazione delle linee guida internazionali per garantire a tutti i pazienti un accesso precoce alle cure palliative e ridurre le disparità tra i diversi sistemi sanitari.

BIBLIOGRAFIA:

- Mercadante S, Petronaci A, Terranova A, Casuccio A. Characteristics of Patients With Amyotrophic Lateral Sclerosis Followed by a Home Palliative Care Team. *Am J Hosp Palliat Care*. 2025 May;42(5):483-488. doi: 10.1177/10499091241266985. Epub 2024 Jul 19. PMID: 39028002
- Gouveia C, Araújo L, Freitas S, Correia J, Passos V, Camacho G, Gomes L, Fraga H, Camacho C, Chambino B. A Palliative Care Approach to Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Cureus*. 2023 Dec 24;15(12):e51048. doi: 10.7759/cureus.51048. PMID: 38264389; PMCID: PMC10805607.
- Sethi A, Everett E, Mehta A, Besbris J, Burke C, Pedowitz E, Kilpatrick M, Foster L, Maisei S. The Role of Specialty Palliative Care for Amyotrophic Lateral Sclerosis. *Am J Hosp Palliat Care*. 2022 Jul;39(7):865-873. doi: 10.1177/10499091211049386. Epub 2021 Sep 28. PMID: 34583569.
- Mercadante S, Al-Husinat L. Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Oct;66(4):e485-e499. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2023.06.029. Epub 2023 Jun 26. PMID: 37380145

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

UN'ORA DI MUSICA

Letizia Raucci¹, Vito Verrastro¹, Carbone Antonella¹, Salvatore Di Matteo¹, Nunzia Lapacciana¹, Graziella Casalanguida¹, Rita Faruolo¹, Antonella Guglielmi¹, Gelsomina Porticelle¹, Gessica Telesca¹, Samanta Sassano¹, Maria Teresa Soelzo¹, Palmira Spera¹, Domenico Viceconti¹, Luciana Aquila¹, Marcello Ricciuti¹

¹Hospice - Azienda Ospedaliera San Carlo, Potenza, Italia

SCOPO: La musica si esprime attraverso un linguaggio universale che raggiunge i nostri sensi e diventa un vettore emozionale importante. In letteratura, troviamo conferma sull'influenza della musica a livello fisiologico: a risentire dell'effetto benefico di suoni e melodie sono l'ipotalamo, l'ipofisi (che stimola la produzione di endorfine) e il sistema nervoso autonomo, il quale controlla il battito cardiaco e la digestione. In questo senso la sensazione di benessere e di rilassamento viene stimolata dalla musica.

Come per altre attenzioni assistenziali, anche l'utilizzo della musica, quale aspetto naturalmente presente nella vita dell'individuo, può contribuire al miglioramento della qualità di vita del paziente e ad alleggerire il carico assistenziale del caregiver. Lo scopo di questo lavoro è stato quello di valutare l'impatto di un progetto di musica in Hospice sul benessere psico-fisico dei pazienti ricoverati nella struttura attraverso l'utilizzo di uno strumento di valutazione dei sintomi e una valutazione complessiva da parte dei caregiver e del personale.

METODO: Il progetto descritto si è sviluppato nell'arco di due mesi, una volta alla settimana, in collaborazione con il Conservatorio di Musica "G.d.V.". Ogni mercoledì si sono alternati gli studenti del Conservatorio per offrire un'ora di musica (strumentale e vocale) all'interno dell'Hospice, facendo in modo che i pazienti e i loro caregiver potessero partecipare all'ascolto sia movimentandoli in prossimità dei concerti, sia dall'interno delle loro stanze di degenza, con la collaborazione attiva del personale e dei volontari. Sono stati selezionati 30 pazienti, tra i ricoverati in Hospice, che rispondessero ai criteri di inclusione di una capacità cognitiva adeguata, quindi in grado di rispondere autonomamente ai quesiti del questionario. Si è deciso di utilizzare, come strumento di valutazione dell'impatto dell'esibizione musicale sui sintomi psicofisici percepiti dai pazienti, l'ESAS, somministrandolo 30 minuti prima di ogni esibizione e subito dopo la stessa. Inoltre sono stati sottoposti ad intervista di gradimento i caregiver dei pazienti stessi.

RISULTATI: Nella valutazione dell'ESAS somministrato dopo le esibizioni, si è rilevato una significativa riduzione dei punteggi particolarmente nell'area relativa al dolore, all'ansia e alla depressione. Inoltre all'osservazione oggettiva del personale dell'Hospice si è constatato che i pazienti ricavassero un significativo benessere, al punto da desiderare ed attendere l'appuntamento successivo. I caregiver hanno tutti valutato positivamente l'esperienza sia in riferimento al proprio familiare, che rispetto al proprio benessere personale. Inoltre si è rilevato un altrettanto significativo coinvolgimento emozionale dei giovani studenti del Conservatorio di musica, in particolare relativamente alla possibilità, da parte loro, di ricevere gratificazione dai pazienti stessi e dai loro caregiver per la loro disponibilità gratuita di tempo e la qualità delle loro esibizioni.

CONCLUSIONI: L'equipe dell'Hospice è impegnata da sempre a garantire una qualità della vita che potesse essere caratterizzata da connessioni nelle fratture che la malattia in fase avanzata comporta. Il silenzio che circonda il malato può avere il rumore assordante del dolore totale: la musica potrebbe risanare le ferite e restituire dignità e conforto assumendo sfumature più delicate e profonde. L'opportunità offerta dal progetto 'Un'ora di musica' si è rivelato un prezioso strumento di cura, al punto che, sia su richiesta degli ospiti e del personale, sia su spontanea disponibilità degli studenti del Conservatorio, il progetto è continuato e continuerà, permettendo agli autori di questo studio di approfondire l'impatto dello stesso sul percorso di cura dei pazienti dell'Hospice. Inoltre si è rilevata importante anche l'occasione di apertura delle porte dell'Hospice a persone della società civile, in questo caso gli studenti del Conservatorio di musica, e i loro insegnanti in modo da offrire una corretta visione di questo luogo di cura, l'Hospice, non sempre inteso come luogo di vita, dove possono svolgersi momenti non diversi da quelli che caratterizzano la vita quotidiana, come ascoltare concerti, fedeli all'obiettivo di dare più vita ai giorni.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

Cerlati P., Crivelli F., Angeli F., Musicoterapia in oncologia e nelle cure palliative. Prendersi cura dell'altro con uno sguardo sistemico-complesso, FELTRINELLI, 2015

Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment System (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991;7:6e9

Hui D, Shamieh O, Paiva CE, et al. Minimal clinically important difference in the physical, emotional, and total symptom distress scores of the Edmonton Symptom Assessment System. J Pain Symptom Manage 2016;51:262e269

Gamba L., Il suono oltre il silenzio. Incontri con la musica nelle cure di fine vita, StreetLib, 2017

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

DISFAGIA E SLA: UNA GESTIONE MULTIDISCIPLINARE DELLA DISFAGIA PER PREVENIRE LE COMPLICANZE E PRESERVARE LA QUALITÀ DELLA VITA

Antonino Petronaci¹, Simona Orobello¹

¹Samot onlus, Palermo, Italia

SCOPO: La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa grave, a decorso progressivo, che comporta un deterioramento delle funzioni motorie, respiratorie e deglutitorie. La disfagia è uno dei sintomi più precoci e invalidanti, riscontrato nel 30% dei casi all'esordio e fino all'87% nelle fasi avanzate. Essa incide in maniera significativa sulla qualità della vita e sulla sopravvivenza, rappresentando un fattore prognostico rilevante. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare la disfagia come sintomo critico nella SLA, evidenziando la necessità di una presa in carico precoce e multidisciplinare, con il logopedista come figura centrale, e fornendo indicazioni sulle modalità più efficaci per una gestione clinica e domiciliare ottimale, in accordo con le linee guida nazionali e internazionali.

METODO: La letteratura specialistica e le raccomandazioni cliniche (AISLA, EFNS, NICE) indicano che la valutazione della disfagia dovrebbe essere effettuata tempestivamente, con strumenti clinici validati come il GUSS, il test dell'acqua e scale funzionali come la FOIS, integrabili, ove disponibile, con indagini strumentali (FEES o videofluoroscopia). L'intervento logopedico prevede l'individuazione di posture di compenso e tecniche di facilitazione, oltre alla collaborazione stretta con il nutrizionista per la modulazione della reologia dei pasti. Quest'ultima viene personalizzata in base alla gravità della disfagia, alla sicurezza del paziente, alle preferenze individuali e al livello di autonomia residua. Fondamentale è il coinvolgimento attivo del caregiver, formato sia sugli aspetti pratici della somministrazione dei pasti, sia sulla rilevazione precoce di segni di rischio.

Nel confronto con altre patologie neurologiche (es. ictus, Parkinson, Alzheimer), la disfagia nella SLA si distingue per il decorso inarrestabile e per la progressiva compromissione bulbare, che richiede un adattamento continuo delle strategie riabilitative. In aggiunta, l'evoluzione della tecnologia sanitaria offre oggi strumenti innovativi: nuove consistenze alimentari stabilizzate, dispositivi digitali per il monitoraggio domiciliare della deglutizione e software per la comunicazione aumentativa nei pazienti gravemente disartici.

RISULTATI: L'analisi della letteratura e delle linee guida evidenzia l'importanza di un intervento precoce e coordinato nella gestione della disfagia nei pazienti con SLA. I dati disponibili dimostrano che l'adozione di protocolli riabilitativi logopedici personalizzati, combinati con un monitoraggio nutrizionale continuo, riduce significativamente il rischio di complicanze quali polmonite da ingestis e malnutrizione.

Inoltre, l'inclusione attiva del caregiver nei percorsi assistenziali aumenta l'efficacia degli interventi domiciliari e favorisce la continuità terapeutica. Il confronto con altre patologie neurodegenerative sottolinea l'unicità del decorso disfagico nella SLA e la necessità di adattamenti costanti nel piano di cura.

CONCLUSIONI: La disfagia nella SLA è un sintomo cardine, che condiziona pesantemente l'evoluzione clinica, l'autonomia e la qualità della vita del paziente. Una presa in carico precoce e dinamica, centrata sulla figura del logopedista e supportata da un team interdisciplinare, consente una gestione più efficace delle criticità associate, riducendo il rischio di ospedalizzazioni e migliorando l'aderenza ai trattamenti.

È necessario, inoltre, considerare le implicazioni etiche legate alla progressione della disfagia, in particolare nel momento in cui si valuta il passaggio alla nutrizione enterale: il rispetto dell'autonomia decisionale del paziente deve essere garantito, evitando ogni forma di accanimento terapeutico.

Infine, un adeguato supporto psicologico e formativo rivolto ai caregiver rappresenta un pilastro irrinunciabile per il mantenimento della continuità assistenziale e per la gestione domiciliare efficace, in un'ottica centrata sulla dignità, la sicurezza e il benessere globale della persona affetta da SLA.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

BIBLIOGRAFIA:

1. Heffernan, C., Jenkinson, C., Holmes, T., et al. (2004). Management of nutrition in ALS/MND: A review. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 5(2), 72–83.
2. ProGas Study Group. (2015). Gastrostomy in patients with ALS: A prospective cohort study. *Lancet Neurology*, 14(7), 702–709.
3. European Federation of Neurological Societies (EFNS). (2012). EFNS guidelines on the clinical management of ALS. *European Journal of Neurology*, 19(3), 360–375.
4. AISLA—Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica. Linee guida sulla nutrizione e la disfagia nella SLA.
5. Baxter, S., et al. (2009). Speech and language therapy interventions for people with ALS: A systematic review. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 44(3), 251–261.
6. Cichero, J. A. Y., Lam, P., et al. (2017). IDDSI Framework: Standardised terminology and definitions for texture-modified foods and thickened liquids. *Nutrition & Dietetics*, 74(3), 349–360.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



APPLICAZIONE DELLO SHIATSU NELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: UN PROGETTO PILOTA

Jessica Gentile¹, Valeria Rossi²

¹Ausl Modena, Mirandola, Italy, ²Amo Nove Comuni Modenesi Area Nord, Mirandola, Italia

SCOPO: Numerosi studi evidenziano come le terapie complementari possano contribuire a ridurre il dolore, l'ansia e il disagio emotivo, favorendo il rilassamento e il benessere globale, attraverso la diffusione delle pressioni lungo il sistema fasciale e l'attivazione di specifici recettori neuronali.

La presente indagine si pone l'obiettivo di analizzare l'attivazione del percorso shiatsu nella rete locale di cure palliative di un'azienda sanitaria pubblica, con la collaborazione di un ente del terzo settore, definendo criteri di inclusione/esclusione, tipologia di pazienti, modalità e quantità dei trattamenti.

METODO: Tale progetto è stato promosso dalla cooperazione tra una Azienda USL del nord Italia e un ente locale del terzo settore. La collaborazione ha avuto inizio a luglio 2022 ed è tutt'oggi in corso. I Destinatari dei trattamenti shiatsu sono i pazienti oncologici assistiti al domicilio dalla RLCP (sia fine vita che simultaneous palliative care). È necessario un certo livello di conservazione della cognizione per permettere una buona efficacia dell'intervento: vengono quindi esclusi pazienti non colloquiabili, fortemente disorientati spazio/tempo o con un grave deficit cognitivo. Non esistono controindicazioni al trattamento, l'operatrice shiatsu che si presenta al domicilio è preventivamente autorizzata dal personale sanitario e i pazienti coinvolti possono in qualsiasi momento e per qualunque motivo decidere di sospendere i trattamenti. Come per la realizzazione degli interventi della rete assistenziale, è necessaria la presenza di un caregiver ed è richiesta la sua presenza durante la realizzazione dei trattamenti al domicilio. Sono stati analizzati i pazienti inseriti all'interno del progetto pilota nel corso del 2024: 33 pazienti assistiti a domicilio dalla Rete Locale di Cure Palliative, con una media di 4 mesi di presa in carico da parte dell'operatrice shiatsu con sessioni di trattamento della durata di 45-50 minuti. È stata condotta un'analisi clinica sulla tipologia di paziente inserito nel progetto, l'età, il genere, i componenti del nucleo familiare, il comune di residenza (se aperta campagna o città). È stata inoltre istituita una équipe settimanale di raccordo/confronto tra tutti i professionisti della rete coinvolti. Il percorso di inserimento del trattamento shiatsu è stato definito attraverso un rigoroso iter decisionale, che ha coinvolto il medico palliativista, il medico di medicina generale, il personale infermieristico e la psicologa e l'operatrice shiatsu garantendo così un approccio multidisciplinare e multiprofessionale.

- Destinatari: pazienti oncologici domiciliari, assistiti dalla Rete Locale di Cure Palliative

RISULTATI:

- Sui Pazienti trattati nr 33 sono state effettuate nr 568 sedute di trattamento, a seconda delle necessità degli assistiti e della durata dei trattamenti nel tempo. L'età media dei pazienti è di 68.85 anni mentre la mediana di 66. Il sesso si divide in 21 pazienti donne e 12 pazienti uomini. La durata media della presa in carico è stata di 80.5 giorni mentre la mediana di 32.5 giorni.

Le patologie principali (Diagnosi primaria) sono di tipo oncologico di cui si osserva la maggioranza di tumore alla mammella (nr 7 casi) e tumore al polmone (7 casi).

Distribuzione delle Durate dei Trattamenti Shiatsu a Domicilio (grafico da inserire manualmente).

Osservazioni:

- La maggior parte del percorso shiatsu è durata meno di 50 giorni, ma alcuni pazienti hanno ricevuto trattamenti molto per un periodo maggiore in base al tipo di necessità del paziente.
- Età prevalentemente compresa tra i 60 e 80 anni.
- Il 100% dei pazienti ha espresso soddisfazione, nessuna interruzione volontaria dei trattamenti.
- Ricontrati miglioramenti riferiti nella gestione del dolore, riduzione dello stress e benessere emotivo.

L'integrazione dell'operatrice shiatsu ha contribuito a una presa in carico più olistica e al miglioramento della qualità del lavoro interprofessionale.

CONCLUSIONI: L'applicazione dello shiatsu come terapia complementare nelle cure palliative domiciliari risulta un valido strumento per migliorare la qualità della vita, supportando il recupero dell'identità corporea e della dignità della persona malata. I risultati ottenuti giustificano ulteriori studi e un'eventuale estensione del progetto.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

Implementazione e risultati delle terapie complementari nella cura dell'hospice: una revisione integrativa
Caterina Dingley, Angela Ruckdeschel, Keshia Kotula, Nirmala Lekhak 26 ottobre 2021

Gli effetti delle immagini guidate e del massaggio alle mani sul benessere e sul dolore nelle cure palliative:
valutazione di uno studio pilota Miranda Corpora, Elena Liggett, Andres F Leone Affiliazioni espandere
PMID:33434758 DOI: 10.1016/j.ctcp.2021.101303

Impatto della massoterapia sulla qualità della vita dei pazienti dell'Hospice e dei loro caregiver: uno studio
pilota Rachel D Hayer, Maria I Lapid, Travis J Dockter, Shaylene A McCue, Amy J Stelpflug, Maureen L
Bigelow, Maria Meg Robsahm, Theresa Elwood, Jacob J Strand, Brent A Bauer, Susanne M Cutshall, Jeff A
Sloan, Monica P Walton, Kevin J Whitford Epub 2020 Novembre

Integrare la massoterapia all'interno delle cure palliative dei veterani con malattie avanzate: uno studio di
esito Allison Mitchinson, Carol E Fletcher, Hyungjin Myra Kim, Marcos Montagnini, Daniel B Hinshaw, Epub
2013 Feb 18.

Valutazioni endocrinologiche di brevi massaggi alle mani in cure palliative Iwao Osaka 1, Yukie
Kurihara, Keiko Tanaka, Hisayoshi Nishizaki, Shigeru Aoki, Isamu Adachi, Settembre 2009

Ruolo della terapia di massaggio nella cura del cancro Nancy C Russell 1, Sat-Siri Sumler, Curtiss M
Beinhorn, Moshe A Frenkel, Marzo 2008

Il potere del tatto: applicazioni esterne da interi sistemi medici nella cura dei malati di cancro (revisione della
letteratura) Inga Mühlenpfordt, Wiebke Stritter, Mathias Bertram, Eran Ben-Arye 4,5, Georg Seifert 2 Epub
2019 Novembre 29.

McGlone, F., Cerritelli, F., Walker, S., e Esteves, J. (2017). Il ruolo del tocco delicato nella terapia manuale
osteopatica perinatale. *Neurosci. Biocomportamento. Apocalisse* 72, 1–9. DOI:
10.1016/j.neubiorev.2016.11.009

I abstract di PubMed di testo completo CrossRef Google Scholar

McGlone, F., Olausson, H., Boyle, J. A., Jones-Gotman, M., Dancer, C., Guest, S., et al. (2012). Toccare e sentire:
differenze nell'elaborazione piacevole del tocco tra pelle glabra e pelosa negli esseri

Rivista di cure palliative: Il trattamento professionale Shiatsu nell'assistenza alla persona ricoverata in
hospice Gian Luigi Cislighi 1,2, Cinzia Brunelli 1, Giuseppe Baiguini 1, Franco De Conno 1, Augusto Caraceni
1. 1 Hospice "Virgilio Floriani", S.C. di Cure Palliative, Fondazione Istituto Tumori di Milano 2 Operatore
Shiatsu Federazione Italiana Shiatsu, 2007, con relativa bibliografia finale:



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



UTILIZZO DI UN MATERASSO ANTIDECUBITO IBRIDO IN HOSPICE: VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA NEL MANTENERE L'INTEGRITÀ CUTANEA E DEL CONFORT PERCEPITO DAL MALATO

Monica De Faveri¹, Danusca Gorza¹, Dick Schilstra²

¹Fondazione Advar, Treviso, Italy, ²Invacare Europe, Ede, The Netherlands

SCOPO: Nelle persone con malattie in stato molto avanzato coesistono una serie di fattori che possono aumentare il rischio di ulcere da pressione. L'incontinenza, l'inattività fisica e la malnutrizione sono fattori non sempre correggibili nei malati seguiti in un setting di cure palliative. Le superfici antidecubito sono una risorsa importante per diminuire il rischio di comparsa di lesioni cutanee ma non sempre sono ben tollerati dai malati che li trovano poco confortevoli e sono disturbati dal rumore del compressore. L'obiettivo dello studio è testare nell'ambito dell'hospice un nuovo materasso antidecubito ibrido, progettato per la ridistribuzione delle pressioni corporee e la gestione del microclima senza il bisogno di una pompa esterna ad elettricità. In particolare, si intende valutare l'efficacia del prodotto nel mantenere l'integrità cutanea e il confort percepito dal paziente.

METODO: Lo studio ha una durata di sei mesi (gennaio-giugno 2025). Vengono arruolati nello studio i pazienti che al momento dell'ingresso in hospice presentano:

- AKPS compreso tra 20 e 40
- Cute integra (assenza di lesioni o ulcera da pressione di I stadio)
- Capacità di rispondere a domande semplici

Il paziente rimane arruolato nello studio finché mantiene cute integra. In caso di comparsa di lesione da pressione, si valuta in base alla situazione complessiva del malato se mantenere il materasso in uso o cambiarlo con un materasso ad aria. Il numero dei pazienti arruolati nello studio è dipendente dal numero di materassi ibridi disponibili in hospice (due).

Ogni paziente viene valutato entro 24 ore dall'ingresso in hospice e successivamente ogni tre giorni attraverso le seguenti scale:

- AKPS
- Scala Braden per la valutazione del rischio di sviluppare lesioni da decubito
- Osservazione diretta della cute: in caso di presenza di lesioni esse vengono valutate in base alla classificazione NPUAP-EPUAP
- Scala Likert a 4 punti (eccellente-buono-sufficiente-insufficiente) per valutare il confort nell'utilizzo del materasso da disteso, in posizione seduta con un'inclinazione $>45^\circ$ e il confort complessivo. Il confort viene valutato finché il paziente è competente nell'utilizzo della scala Likert.

RISULTATI: Nei primi tre mesi sono stati inclusi nello studio 9 pazienti, in prevalenza uomini (77%), con età media di 69 anni (range 40-91) e tutti con una diagnosi oncologica. I pazienti hanno utilizzato il materasso ibrido in media per 14,8 giorni (range 3-39). La fine dell'utilizzo del presidio è stata determinata in 5 casi dal decesso del paziente, 3 dalla dimissione e in una situazione per comparsa di una lesione di II stadio.

Sono state effettuate 44 rilevazioni. L'AKPS è stato prevalentemente 30 (56,8%) e a seguire 40 (29,5%), 20 (9,6%) e 10 (4,6%). La scala di Braden ha evidenziato un rischio basso (68,2%), moderato (15,9%) e alto (15,9%). Sette pazienti avevano cute integra all'inizio dello studio e l'hanno mantenuta per tutto il periodo di osservazione; un paziente aveva una lesione di I stadio che è rimasta stabile; un paziente ha sviluppato una lesione di I stadio ma non è stato cambiato il presidio per gravità clinica (è deceduto lo stesso giorno); un paziente ha sviluppato una lesione di II stadio e si è passati all'utilizzo di un materasso antidecubito ad aria.

La valutazione del confort del paziente è stata eccellente nel 72,7% delle rilevazioni e buona nel 9,1%; nel 18,2% delle rilevazioni non è stato possibile valutare il confort in quanto il malato non era più competente nel rispondere alle domande. Non ci sono differenze significative nella percezione del confort da disteso e in posizione seduta.

CONCLUSIONI: Dai dati raccolti nei primi tre mesi, il materasso antidecubito ibrido si è dimostrato efficace nel mantenimento dell'integrità cutanea e viene percepito come confortevole dai malati. In un setting di cure palliative permette quindi di coniugare l'obiettivo di prevenzione della comparsa di ulcere da decubito con il confort del malato, elemento prioritario nel fine vita.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

Dincer M, Doger C, Tas SS, Karakaya D. An analysis of patients in palliative care with pressure injuries. Niger J Clin Pract. 2018 Apr;21(4):484-491. doi: 10.4103/njcp.njcp_51_17.PMID:29607862.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'IMPORTANZA DELLE CURE PALLIATIVE NELLA MALATTIA DI CREUTZFELDT JACOB

Alessandro Dubla¹, Luca Di Sarra¹, Alessandra Altobelli¹, Caterina Pizzutelli¹

¹Asl Frosinone, Isola Del Liri, Italia

SCOPO: Introduzione: Durante l'anno 2023 nell'Hospice Casadelle Farfalle di Isola del Liri ASL Frosinone, abbiamo avuto quattro casi di pazienti affetti da MCJ, nel periodo da gennaio ad ottobre.

Sebbene le linee guida ISS stabiliscano una distribuzione equa della malattia tra genere maschile e femminile la nostra casistica vede una prevalenza di donne affette in ratio 3:1.

Tutti e quattro i pazienti erano affetti dalla forma di MCJ sporadica. Per caratteristiche sintomatologiche e reperti diagnostici i pazienti sembrerebbero inquadrabili come fenotipo clinico MM1eMV1.

Scopo: L'obiettivo di questo lavoro è ripercorrere la storia naturale e le manifestazioni cliniche della malattia di CJ quale patologia che in relazione all'aspettativa di vita limitata e alla complessità dei bisogni assistenziali può essere eleggibile già dalla diagnosi ad un percorso di cure palliative. L'esperienza di 4 pz assistiti presso il nostro Hospice vuole essere un punto di partenza per essere a disposizione dei colleghi del territorio e di altri Hospice per eventi di informazione e formazione sull'argomento

METODO: Metodo: abbiamo analizzato le cartelle cliniche dei 4 pazienti affetti mettendo in luce, attraverso l'evoluzione della sintomatologia, i principali problemi assistenziali dei pazienti ed, in particolare, il trattamento dei sintomi emergenti da come: cachessia; oliguria e disidratazione; incontinenza urinaria; tremori e miocloni; ansia delirium disturbi di coscienza; problemi psicosociali e Dolore.

RISULTATI: Risultati e conclusioni: Un accesso precoce alle cure palliative, specialmente in una malattia come questa, di estrema rapida evoluzione a prognosi infausta, è senz'altro poi, un elemento critico per supportare al meglio il paziente e la rispettiva famiglia. L'utilizzo di questa nuova metodica, l'RT-QulCtest, tramite la rapidità di diagnosi, ci ha permesso un accesso precoce presain carico in setting di cure palliative, quando in precedenza la diagnosi spesso avveniva solo post mortem ritardando o evitando addirittura un giusto indirizzo di cure per il paziente.

CONCLUSIONI: Risultati e conclusioni: Un accesso precoce alle cure palliative, specialmente in una malattia come questa, di estrema rapida evoluzione a prognosi infausta, è senz'altro poi, un elemento critico per supportare al meglio il paziente e la rispettiva famiglia. L'utilizzo di questa nuova metodica, l'RT-QulCtest, tramite la rapidità di diagnosi, ci ha permesso un accesso precoce presain carico in setting di cure palliative, quando in precedenza la diagnosi spesso avveniva solo post mortem ritardando o evitando addirittura un giusto indirizzo di cure per il paziente.

BIBLIOGRAFIA:

1. Puoti G, Bizzi A, Forloni G, et al. Sporadic human prion diseases: molecular insights and diagnosis. *Lancet Neurol* 2012; 11:618.
2. Masters CL, Harris JO, Gajdusek DC, et al. Creutzfeldt-Jakob disease: patterns of worldwide occurrence and the significance of familial and sporadic clustering. *Ann Neurol* 1979; 5:177.
3. Ladogana A, Puopolo M, Croes EA, et al. Mortality from Creutzfeldt-Jakob disease and related disorders in Europe, Australia, and Canada. *Neurology* 2005; 64:1586.
4. Klug GM, Wand H, Simpson M, et al. Intensity of human prion disease surveillance predicts observed disease incidence. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2013; 84:1372.
5. Brown P, Cathala F, Raubertas RF, et al. The epidemiology of Creutzfeldt-Jakob disease: conclusion of a 15-year investigation in France and review of the world literature. *Neurology* 1987; 37:895.
6. Monreal J, Collins GH, Masters CL, et al. Creutzfeldt-Jakob disease in an adolescent. *J Neurol Sci* 1981; 52:341.
7. de Silva R, Findlay C, Awad I, et al. Creutzfeldt-Jakob disease in the elderly. *Postgrad Med J* 1997; 73:557.
8. Johnson RT, Gonzalez RG, Frosch MP. Case records of the Massachusetts General Hospital. Case 27-2005. An 80-year-old man with fatigue, unsteady gait, and confusion. *N Engl J Med* 2005; 353:1042.
9. Ladogana A, Puopolo M, Pileggi A, et al. High incidence of genetic human transmissible spongiform encephalopathies in Italy. *Neurology* 2005; 64:1592.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



10. Maddox RA, Holman RC, Belay ED, et al. Creutzfeldt-Jakob disease among American Indians and Alaska Natives in the United States. *Neurology* 2006; 66:439.
11. Gibbons RV, Holman RC, Belay ED, Schonberger LB. Creutzfeldt-Jakob disease in the United States: 1979-1998. *JAMA* 2000; 284:2322.
12. Collins S, Law MG, Fletcher A, et al. Surgical treatment and risk of sporadic Creutzfeldt-Jakob disease: a case-control study. *Lancet* 1999;353:693.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIKE WORKING

Federica Badini¹, Simona Spingardi¹, Benedetta Franchi¹, Carmelo Collemi¹

¹ASST Lodi, Lodi, Italia

SCOPO

Questo progetto ha avuto come obiettivo principale il miglioramento del servizio di Cure Palliative domiciliari in città.

Per raggiungere questo scopo abbiamo individuato degli obiettivi intermedi:

- favorire il benessere dell'operatore
- tutelare l'ambiente e ridurre l'inquinamento
- ridurre i tempi per gli spostamenti connessi alle visite domiciliari
- contribuire al risparmio economico dell'Azienda

Si ritiene infatti che la possibilità di svolgere attività fisica sia fondamentale per il benessere degli operatori delle Cure Palliative Domiciliari che trascorrono molte ore in automobile per recarsi dai pazienti. Al tempo stesso l'uso dell'automobile inquina l'ambiente, aumenta il traffico locale, comporta un dispendio di tempo per reperire un parcheggio idoneo e rappresenta un costo considerevole per l'Azienda.

METODO

Grazie alla donazione ricevuta da un comico locale di 3 biciclette con pedalata assistita, abbiamo potuto aggiungere un mezzo di locomozione comodo, ecologico e inusuale a quelli utilizzati fino ad ora dal servizio di Cure Palliative Domiciliari.

Le 3 biciclette sono state regolarmente assicurate e fornite di tutti i presidi di sicurezza e delle borse per il trasporto del materiale sanitario. Sono quindi state ripartite sulle 3 sedi del servizio domiciliare, in modo da consentire al personale di potersi recare a casa dei pazienti in bicicletta.

RISULTATI

Dal 1 Marzo 2025 gli operatori del servizio di Cure Palliative Domiciliari hanno potuto iniziare a utilizzare le biciclette con pedalata assistita per effettuare gli spostamenti lavorativi.

Al momento abbiamo riscontrato un maggior utilizzo del mezzo in città, piuttosto che nei paesi limitrofi; ciò era prevedibile sia a causa delle distanze maggiori al di fuori del contesto cittadino, sia per la mancanza di piste ciclabili. Oltre a ciò, il numero di pazienti seguiti in città è maggiore e concentrato in zone facilmente raggiungibili in bicicletta rispetto alla provincia.

Gli operatori al momento sono molto soddisfatti sia per l'attività fisica che contribuisce al benessere riducendo lo stress, che per la riduzione dei tempi per gli spostamenti (traffico, tempi per il parcheggio etc).

A livello aziendale le biciclette rappresentano un mezzo aggiuntivo rispetto alle automobili messe a disposizione per ogni sede che sono in numero esiguo rispetto al bisogno; per questo motivo spesso gli operatori devono utilizzare la propria automobile per spostamenti di lavoro (raggiungere il domicilio dei pazienti, cambi di sede nella stessa giornata etc.). Utilizzando la bicicletta per tali spostamenti l'Azienda ha un risparmio rispetto al rimborso di carburante ed usura dell'automobile privata.

Rispetto all'ambiente è indubbio che la bicicletta sia un mezzo totalmente green.

CONCLUSIONI

L'utilizzo delle biciclette con pedalata assistita da parte degli operatori delle Cure Palliative Domiciliari contribuisce a favorire l'attività fisica per gli operatori stessi, a ridurre l'inquinamento atmosferico e i costi Aziendali e migliora i tempi connessi agli spostamenti,

Ciò ha quindi contribuito ad un miglioramento del servizio prevalentemente nel contesto cittadino.

BIBLIOGRAFIA

- Amatori, S., Gobbi, E., Sisti, D., Pivato, G., Giombini, G., Rombaldoni, R., ... & Perroni, F. (2024). Physical activity, musculoskeletal disorders, burnout, and work engagement: a cross-sectional study on Italian white-collar employees. *Frontiers in public health*, 12, 1375817.
- <https://www.ausl.mo.it/a-mirandola-le-visite-domiciliari-si-fanno-su-due-ruote-5-biciclette-alle-infermiere-di-comunità-del-distretto/>
- <https://www.rivistabc.com/bici-e-salute-in-svizzera-l-assistenza-a-domicilio-corre-su-e-bike/>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC) CONI PAZIENTI NEUROLOGICI: ESPERIENZE CLINICHE IN HOSPICE COME NODO DI UNA RETE DOMICILIARE "DEDICATA"

Nadia Balletto¹, Milagros Gamarra¹, Maura Marogna²

¹Fondazione Gigi Ghirotti Genova ETS, Genova, Italia, ²Asl3 genovese, Genova, Italia

SCOPO: Identificare nei pazienti con Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) ricoverati in hospice la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) come strumento attivo per le cure sul malato con SLA sia in hospice al domicilio. In particolare verranno analizzati quanti pazienti al momento dell'ingresso in struttura hanno già effettuato un percorso comunicativo e decisionale al domicilio con presenzia di PCC. L'evoluzione delle PCC durante la degenza e fino al decesso o dimissione.

METODO: I pazienti che vengono ricoverati in hospice con SLA presentano caratteristiche di disabilità medio grave le indicazioni per il ricovero possono essere definite per un ricovero di "solievo" temporaneo al fine di stabilizzare il paziente che si trova in una fase di cambiamento della malattia, sia per l'introduzione di ausili motori o per la comunicazione, ma soprattutto i ricoveri di sollievo sono richiesti per supportare, stabilizzare paziente e famiglia per l'avvio di supporti nutrizionali o respiratori siano essi non invasivi o invasivi. Periodi di sollievo per il caregiver, o per l'addestramento di assistenti familiari. Il ricovero del paziente in "fine vita" quando il paziente rifiuta supporti invasivi siano essi nutrizionali o respiratori. I pazienti provengono dalla rete domiciliare e solo in rari casi direttamente dalle strutture riabilitative e/o ospedaliere di pazienti che non sono mai stati assistiti dalla rete di cure palliative domiciliare "dedicata". Nel 2024 nella struttura sono stati ricoverati 44 pazienti con una degenza media di 25 gg 14 pazienti sono deceduti in hospice e 26 sono stati dimessi al domicilio 4 pazienti sono stati trasferiti in ospedale.

Nell'ultimo anno in collaborazione con la rete domiciliare e con i consulenti degli ospedali limitrofi è stato formulato un documento per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC). Tale documento è presente al domicilio. Tempi di formulazione per una PCC è di media tra i 2-3 mesi dalla presa in carico. La presenzia di una PCC viene segnalata al territorio in particolare alle strutture di emergenza (112) in caso venissero contattati dal domicilio per eventi urgenti. In hospice il documento viene ridiscusso e riconfermato o cambiato. All'ingresso in struttura viene poi eseguita una valutazione multidimensionale entro le 24 ore e comprende la presenza di medico infermiere in compresenza, ad essa vengono affiancati fisioterapisti e psicologo in supporto. Attraverso l'utilizzo della scala I-POS vengono valutati i bisogni espressi dal paziente, la famiglia è partecipe e coinvolta.

RISULTATI: Verranno analizzati i pazienti ricoverati in successione dei primi sei mesi dell'anno con particolare riferimento alla presenzia delle PCC formulate al domicilio, e ne verrà esaminata l'evoluzione sulla base delle variabili cliniche del paziente e della famiglia (presenzia di ADS) e scelta del fiduciario. L'analisi delle scelte sulla base dei cambiamenti e dei bisogni che hanno indotto il ricovero, per ogni singolo paziente viene definito il percorso che lo ha caratterizzato e sono tracciati tutti gli operatori e/o familiari o altri quali fiduciario e/o ADS che sono presenti nella formulazione delle PCC.

CONCLUSIONI: La nostra esperienza è comunque iniziale il processo di pianificazione condivisa delle cure in hospice è una continuità di "cura" iniziata al domicilio attualmente è diventato lo strumento più importante sul quale si fondano le scelte delle cure e sul quale si può dare voce sempre alla volontà del paziente. Importante nei pazienti con SLA è la figura del fiduciario e dell'Amministratore di Sostegno perché spesso le disabilità impediscono alcune attività sia fisiche ma soprattutto comunicative. Ad oggi le difficoltà rimangono maggiori riguardano la tempistica in quanto spesso i pazienti che vengono segnalati per l'assistenza domiciliare hanno già caratteristiche e "trigger" importanti quali la disfagia o l'ipo funzione respiratoria, e le difficoltà comunicative. Ciò spesso ci induce a dover affrettare o a limitare la discussione e l'elaborazione delle scelte del paziente in una situazione clinica già compromessa, non urgente o comunque limitata nel tempo.

BIBLIOGRAFIA: Legge 22 dicembre 2017 n. 219 (G.U. n. 12 del 16/01/2018). "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento", Giordano A, De Panfilis L, Perin M, et al. Advance care planning in neurodegenerative disorders: a scoping review. Int J Environ Res Public Health 2022; 19:803.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA DISIDRATAZIONE COME APPROCCIO PALLIATIVO AL MALATO TERMINALE

Francesca Mannino¹, Valerio Cinnirella¹, Loredana Sutura¹, Gaetana Rinaldi¹

¹SAMOO Onlus, Palermo, Italia

SCOPO: Il mantenimento di una corretta idratazione riveste un ruolo cruciale nella terapia palliativa, sia dal punto di vista organico, nell'anticipare una sintomatologia piuttosto varia, da sete, secchezza delle mucose, concentrazione dell'urina a tachicardia, insufficienza renale e shock ipovolemico, che farmacologico, nel permettere un'adeguata diffusione e diluizione delle molecole somministrate, nonché psicologico, l'idratazione artificiale, infatti, può avere un forte impatto emotivo su pazienti e familiari generandola percezione di fare qualcosa per il paziente, atto che può influenzare le loro decisioni, anche in assenza di benefici clinici evidenti.

Il malato terminale, nella stragrande maggioranza dei casi, presenta un sistema cardio-nefro-circolatorio leso dalla condizione cronica, incapace di garantire una corretta perfusione sistemica e clearance urinaria, eventi cui l'organismo si adatta sviluppando nuovi equilibri aberranti e dinamici. Il concetto su cui si basa il reintegro massivo di liquidi fonda le sue basi sul tentativo di ristabilire una funzionalità organica ormai irrecuperabile, e che caratterizza sistemi in corretta salute, condizione ben lontana da quella che caratterizza il paziente terminale. Un organismo defedato e ipofunzionante non ha le capacità di sostenere un carico idrico simile o addirittura identico a quello di un soggetto sano, generando svariati fenomeni patologici, che complicheranno ancor di più il quadro clinico, soprattutto nelle ultime 24-48 h di vita: vertigini, nausea, dolore addominale, edemi periferici, dispnea, delirio ed insufficienza cardiaca, sintomi prevalentemente associati all'idratazione parenterale. Tutte condizioni che ridurranno drasticamente non solo la qualità delle cure palliative ma la qualità della vita percepita non solo dal paziente ma anche dai suoi familiari, minando la fiducia nel medico e nel suo operato.

METODO: Negli ultimi anni però, tramite numerose indagini bio-molecolari, è stata evidenziata una sconosciuta ma rilevante cascata neuro-endocrina originata dalla disidratazione, facente capo a pathway umorali coinvolgenti vasopressina, adrenocorticoidi, ossitocina ed endorfine. Sia nella nostra casistica che in studi prospettici giapponesi, è stato evidenziato come la disidratazione e il digiuno influenzino massivamente, negli ultimi giorni di vita del paziente, l'espressione psico-somatica della morte nel paziente, contribuendo a ridurre le sofferenze di natura algica e psicologica, dovute all'azione degli oppioidi endogeni sui recettori periferici e centrali, nonché all'attività sulla plasticità neuronale degli stessi.

RISULTATI: Sulla base delle evidenze esperienziali e bibliografiche ad oggi in nostro possesso è certamente evidente come l'idratazione abbia un ruolo centrale nella terapia palliativa, garantendo sicuramente un miglioramento delle condizioni cliniche del paziente nella stragrande maggioranza dei casi, ma risulta altrettanto importante come non si possa tralasciare la soggettività del singolo organismo e le sue peculiarità sulla scorta di una conoscenza meramente statistica, comprendendo come il ruolo del medico palliativista non sia quello di guarire il paziente ma di accompagnarlo, durante i suoi ultimi momenti, mettendo al primo posto la sua qualità di vita e non rincorrendo un modello organico non più raggiungibile e, a volte, anche deleterio.

CONCLUSIONI: Proprio per queste motivazioni la terapia del malato terminale deve sfruttare metodiche anche non convenzionali nel perseguire il suo scopo e, per quanto descritto, il mancato o parziale trattamento della disidratazione ha assunto delle caratteristiche che permettono di annoverarlo tra queste.

BIBLIOGRAFIA:

<https://palliativeprovocateur.com/2022/06/09/starvation-dehydration-and-the-physiology-of-death-what-you-need-to-know/>

<https://www.jpsmjournal.com/article/0885-3924%2894%2900123-3/> (Dehydration and the dying patient)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8380917/> (Hydration and symptoms in the last days of life)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22162174/> (Hydration and nutrition at the end of life: a systematic review of emotional impact, perceptions, and decision-making among patients, family, and health care staff)

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22162174/> (To hydrate or not to hydrate? The effect of hydration on survival, symptoms and quality of dying among terminally ill cancer patients)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA COLAZIONE DI PALMA

Francesca Cremonesi¹, Silvia Coldesina¹, Federica Badini¹, Benedetta Franchi¹, Carmelo Collemi¹

¹ASST Lodi, Lodi, Italia

SCOPO: Palma è stata una paziente dell'Hospice dove è stata ricoverata per alcuni mesi fino alla fine della sua vita.

Persona di grande spessore umano e spirituale, Palma ha sempre condiviso riflessioni sui suoi desideri e sui suoi bisogni con i membri dell'equipe.

Durante i colloqui di supporto psicologico è emerso più volte il rapporto con il cibo, che nella parte finale della vita aveva assunto la valenza di principio di piacere.

Partendo dalla riflessione sul suo bisogno di normalità e su quello di trovare spazi di piacevolezza, Palma ha espresso il desiderio di poter effettuare una colazione diversa da quella normalmente offerta in Hospice; una colazione 'come al bar', che per le persone sane rappresenta una banalità che può essere quotidiana, ma per una persona ricoverata diventa difficilmente realizzabile.

Prendersi cura di una persona gravemente malata non significa solo somministrare terapie e trattamenti, significa anche creare un ambiente in cui la dignità e il benessere e la qualità della vita sono posti al centro di ogni nostra azione.



La colazione di Palma

Letto	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nome												
Indirizzo												
Telefono												
Professione												
Religione												
Stato civile												
Altre informazioni												



METODO: Sono stati effettuati colloqui di analisi dei bisogni della paziente, individuando quelli prioritari e realizzabili, tra cui è stata selezionata la colazione 'come al bar'.

L'equipe si è attivata concretamente:

- individuazione del giorno favorevole
- breve condivisione della proposta con gli altri ospiti dell'Hospice e raccolta eventuali adesioni/ordinazioni
- reperimento della materia prima (brioche fresche, accessori per la realizzazione di cappuccini, caffè, latte, etc.)
- realizzazione del servizio effettuato interamente dagli operatori in contesto individuale o di gruppo in base ai desideri dei pazienti



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RISULTATI: La proposta è stata accolta con entusiasmo sia da Palma che dagli altri pazienti ricoverati e in alcuni casi, su richiesta diretta, è stata estesa ai familiari.

La possibilità di avere un momento di normalità e di piacevolezza all'interno dell'Hospice è stata fonte di profondo benessere sia nei pazienti che nei familiari coinvolti.

Palma ha vissuto un momento speciale, ha realizzato un desiderio e soddisfatto un bisogno di piacevolezza e normalità.

Contestualmente, anche gli altri pazienti hanno riconosciuto il piacere di un momento apparentemente tanto banale e il benessere da esso derivato.

Si riportano alcune verbalizzazioni significative: 'è stata la miglior colazione della mia vita', 'mi avete trattato come una regina'.

CONCLUSIONI: L'analisi dei bisogni nel contesto delle cure palliative è importante per migliorare la qualità di vita nei pazienti alla fine del loro percorso.

I commenti entusiastici e le successive richieste di ripetizione dell'evento, avvenute durante i colloqui dei pazienti con il personale, hanno condotto l'equipe a decidere di calendarizzare il momento della colazione. La colazione 'come al bar' è diventata per tutti. La colazione di Palma ed è parte integrante delle attività di reparto, ancora oggi viene calendarizzata una volta al mese.

Tramite l'affissione di una locandina nelle camere viene comunicato ai pazienti il giorno prescelto. Il giorno precedente vengono raccolte le ordinazioni tramite una scheda realizzata ad hoc e la mattina di 'La colazione di Palma' gli operatori si occupano dell'acquisto delle brioches fresche e della realizzazione delle bevande calde desiderate. La colazione viene poi servita in camera oppure nel soggiorno per chi desidera consumarla in compagnia.

BIBLIOGRAFIA:

Carli, R. & Panicia, R. M. (2003). Analisi della domanda. Bologna: Il Mulino.

Kagan, C., Burton, M., & Siddique, A. (2008). Action research. In C. Willing & W. Stainton-Rogers (Eds.), Qualitative research in Psychology, 32-53. London: Sage.

Carli, R. (2016). I fondamenti della domanda rivista. Psicologia clinica, 1, 5-25



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



STUDIO DI VALUTAZIONE DEGLI EFFETTI DELL'UTILIZZO DEL TAPING ELASTICO SUL DOLORE NON ONCOLOGICO E SULLEDEMA LINFO-VENOSO IN CURE PALLIATIVE

Marco Barbieri¹, Federica Franchini¹, Marco Vacchero²

¹Università di Bologna, Bologna, Italia, ²Fondazione F.A.R.O., Torino, Italia

SCOPO: Il taping è un cerotto longitudinalmente elastico, privo di farmaco al suo interno, composto da uno strato di cotone ipoallergenico alto 5 cm con rivestimento adesivo a forma di onda con spazi liberi tra un'onda e l'altra per permettere la traspirazione della cute.

La letteratura mostra che il taping elastico viene proposto nella pratica di cura di differenti patologie tra cui quella oncologica e neurologica, ma pochi studi riguardano pazienti in cure palliative.

In letteratura vengono descritte due metodiche per l'applicazione del taping elastico che seguono principi differenti: Kinesio Taping e Taping NeuroMuscolare (TNM). In questo studio verrà utilizzato il TNM, poiché nella nostra pratica clinica, sia nel setting domicilio sia in Hospice, ha prodotto buoni risultati sugli assistiti in cure palliative, andando così ad implementare gli studi presenti sull'utilizzo di questa metodica. La tecnica di applicazione sarà decompressiva, ossia senza tensione del taping e sulla cute in allungamento.

Lo scopo primario dello studio è esplorare l'efficacia del Taping NeuroMuscolare sul controllo del dolore non oncologico e sulla gestione degli edemi linfo-venosi, in relazione alla qualità di vita percepita dal paziente in cure palliative.

METODO: Il TNM verrà applicato utilizzando diversi modelli di taglio a seconda della parte del corpo da trattare (arti superiori, arti inferiori e rachide) e del tipo di problema riscontrato (dolore o edema linfo-venoso). In assenza di reazioni allergiche all'applicazione del taping, il bendaggio verrà mantenuto per 5 giorni, a seguito dei quali verrà fatta una rivalutazione del problema.

La rilevazione dei dati verrà fatta pretrattamento (T0), a 24 ore dall'applicazione (T1) e dopo 5 giorni, alla rimozione del bendaggio (T2).

Gli strumenti di valutazione utilizzati saranno: scala NPRSo NRS (Numeric Pain Rating Scale) per la misurazione del dolore congiuntamente alla scala McGill Quality of life per la misurazione della qualità della vita; una scala multiparametrica comprendente la WEISS SHORT FORM per la misurazione dell'edema in relazione alla qualità della vita. Verrà inoltre analizzata la percezione dei pazienti all'applicazione del taping e alla sua rimozione mediante un breve questionario a domande aperte, insieme alla misurazione del grado di soddisfazione mediante scala Lickert. I pazienti reclutati per lo studio comprenderanno assistiti in carico al servizio di assistenza domiciliare specialistica e degenti in Hospice.

RISULTATI: La stesura del protocollo permette di comprendere la fattibilità di uno studio trial single arm mixed method, con la prospettiva di sviluppare successivamente il progetto di ricerca, previa approvazione da parte del comitato etico.

CONCLUSIONI: Lo studio può fornire risposte per l'utilizzo più appropriato del taping elastico nei pazienti in cure palliative per il trattamento del dolore localizzato e degli edemi linfo-venosi, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita percepita dal paziente.

BIBLIOGRAFIA:

- David Blow, Neuromuscular Taping. from Theory to Practice, Milano, Edi.Ermess.r.l., (1 Luglio 2012), 14^a Edizione, 384 pp.
Edizione italiana a cura di Paolo Castano, Andrea Foglia, Cosimo Costantino, Tania Pascucci, Maurizio Mazzarini, Laura Acucella.
- Neuromuscular Taping, Treatment of Edemas, Hematomas, and Scars, Milano, Edi.Ermess.r.l., (1 agosto 2015), 14^a Edizione, 432 pp.
Edizione italiana a cura di Domenico Ribatti, Edoardo Colombo, Laura Acucella e Monica Coggiola.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL PERCORSO DI UN GIOVANE PAZIENTE ONCOLOGICO, CON EVOLUZIONE RAPIDA TRA DIAGNOSI E FINE VITA: LA COMPLESSITÀ NELLAVORO TRA EQUIPE

Chiara Gandini¹, Giulia Mazzoni², Carlotta Faverio², Sofia Tarca², Angela Pasi¹, Alessia Mercuri¹, Marco Vincenzo Lenti¹, Paolo Pedrazzoli¹, Simone D'Alpaos¹

¹Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia, ²Università degli Studi di Pavia, Pavia, Italia

SCOPO: Evidenziare la complessità degli interventi e dell'interazione tra equipe oncologica e di cure palliative, nella gestione di un paziente oncologico giovane con fragilità clinica e familiare.

METODO: Analisi della cartella clinica, delle consulenze, dei colloqui e degli interventi terapeutici, dalle simultaneo scarse alla gestione del fine vita durante il ricovero nel reparto di Oncologia.

RISULTATI: Storia clinica:

Marco, 35 anni, da Settembre del 2024 lamenta lombalgia. Ad una prima Ecografia viene descritta una dubbia lesione renale destra, alla successiva TC riscontro di plurime linfadenopatie sovra e sottodiaframmatiche, polmonari ed ossee. Viene quindi sottoposto ad una biopsia linfonodale, il cui esito istologico depone per sarcoma di Ewing (malattia potenzialmente guaribile). Per un rapido peggioramento delle condizioni generali, accede in PS sul territorio e viene successivamente trasferito presso il nostro centro per avviare le cure del caso (Ottobre 2024). All'ingresso Marco riferisce dispnea ed algie, viene quindi richiesto fin dall'inizio l'intervento dell'equipe di cure palliative per impostare la terapia di supporto. Dal colloquio con le equipe curanti, e lo psicologo, emergono dinamiche familiari particolari (nascita del figlio al momento della diagnosi, condizionante in parte il ritardo nella diagnosi) che creano un corrispettivo emotivo anche dentro l'equipe. Viene quindi sottoposto ad ulteriori accertamenti che evidenziano una rapida progressione della malattia oncologica (polmonare ed epatica); data la diagnosi istologica di malattia curabile e la giovane età del paziente, pur in considerazione del quadro clinico fortemente scaduto (PSECOG 3), si decide di avviare il primo ciclo di chemioterapia con Vincristina, Adriamicina e Cidofosfamide. Nelle giornate successive si assiste ad ulteriore peggioramento clinico, in particolare dal punto di vista respiratorio; viene quindi richiesta la consulenza dei Rianimatori, rimodulata la terapia di supporto ed avviata ossigenoterapia ad alti flussi con beneficio e rapido miglioramento clinico. Viene quindi ipotizzato il rientro a domicilio con l'Assistenza Domiciliare di Cure Palliative; viene contattato il medico di medicina generale e viene richiesta una valutazione pneumologica e fisiologica, per la prescrizione dei supporti domiciliari. Tuttavia, dopo iniziale miglioramento, si assiste a nuovo rapido peggioramento. Nel tentativo di contenere la malattia, si procede quindi con il trattamento chemioterapico, senza assistere al beneficio atteso. Marco muore, dopo circa 40 giorni di ricovero, in sedazione.

Durante l'intera degenza, la presenza all'interno del reparto dell'equipe di cure palliative ha garantito la rimodulazione quotidiana della terapia di supporto; sono stati inoltre contestualizzati e proporzionati gli interventi dei vari specialisti (rianimatori, pneumologi...) sulle condizioni cliniche del paziente.

Oltre alle discussioni quotidiane bedside con i colleghi oncologi, sono stati eseguiti due incontri tra le equipe curanti, oncologica e di cure palliative, per decidere gli approcci terapeutici (in particolare valutare la fattibilità del proseguo dei trattamenti chemioterapici) e per concordare le comunicazioni con la famiglia.

Grazie al lavoro coordinato, è stato possibile effettuare l'incontro tra il padre e la figlia neonata all'interno del reparto nonché festeggiare il compleanno del paziente stesso. È stato inoltre possibile, al peggioramento delle condizioni e dato l'aumento del distress emotivo del paziente, avviare la sedazione continua in maniera precoce, potenziata poi nel momento della terminalità.

CONCLUSIONI: Ciò che vorremmo far emergere da questo caso clinico è la complessità nella gestione di un paziente giovane con nuova diagnosi di una neoplasia curabile, nel quale si passa dal trattamento curativo alla gestione del fine vita nell'arco di soli 2 mesi. Vorremmo inoltre sottolineare quanto la presenza quotidiana di un'equipe di cure palliative all'interno di un reparto per acuti abbia aiutato i curanti nella decisione di proporzionare gli interventi terapeutici, fino alla complessa decisione di sospensione dei trattamenti attivi. La condivisione delle comunicazioni ha garantito la presenza di "un'unica voce" che aggiornasse quotidianamente sia il paziente che la famiglia in merito all'andamento clinico. Il supporto psicologico è stato infine fondamentale sia per il paziente e per la sua famiglia ma anche per gestire l'emotività del personale curante, fortemente provato dalla rapida evolutività di malattia e dalla giovane età del paziente.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

Hui D, Kim YJ, Park J, et al. Integration of oncology and palliative care: a systematic review. *Oncologist*. 2015 Jan; 20(1):77-83

Petrillo LA, Fitzgerald Jones K, Areej El-Jawahri A et al. Why and How to Integrate Early Palliative Care into Cutting-Edge Personalized Cancer Care. *Am Soc Clin Oncol Educ Book*. 2024 Congress.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PERCHÉ ATTIVARE IL FISIOTERAPISTA IN UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE PER ADULTI: CONDIVISIONE DI UN'ESPERIENZA

Lorenzo Madini¹, Lucia Moneta¹, Mirella Licata¹, Sara Orsenigo¹, Benedetta Signoracci¹, Angela Recchia¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, Italia

SCOPO: Lo scopo è indagare le motivazioni dell'attivazione del fisioterapista da parte dell'équipe di cure palliative dell'adulto di un servizio di Regione Lombardia, nei setting domiciliare e residenziale (hospice), e descrivere alcuni indicatori di attività come, ad esempio, le tempistiche di presa in carico e la tipologia e la frequenza degli interventi.

L'organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda da oltre vent'anni (1) che in ogni setting di cure palliative venga offerto ai pazienti un approccio riabilitativo precoce. Le linee di indirizzo per la formazione di base in cure palliative della SICP, riferite al fisioterapista, sottolineano il suo ruolo cruciale nel 'permettere alla persona di adattarsi al cambiamento del proprio corpo e contemporaneamente tentare di rallentare il più possibile la perdita delle funzioni dell'organismo' diventando 'un freno alla frammentazione dell'individuo' (2). Nell'ultima versione del 2024, infine, il core curriculum del fisioterapista in cure palliative ha definito ancor meglio le problematiche che possono beneficiare di un intervento del fisioterapista (3).

METODO: Periodo di osservazione: quattro mesi (marzo – giugno 2025).

Popolazione: pazienti adulti presi in carico dal servizio di cure palliative e per i quali è stato richiesto, da parte di uno dei membri dell'équipe, l'intervento del fisioterapista a domicilio o in hospice.

Dati estratti dalla cartella clinica informatizzata in dotazione presso il servizio di cure palliative e inseriti routinariamente dai diversi membri dell'équipe nel corso dell'assistenza: numero dei pazienti che hanno ricevuto almeno una visita da parte del fisioterapista versus pazienti presi in carico dal servizio di cure palliative nello stesso periodo; età, sesso, patologia principale e setting di presa in carico del paziente; motivazione e tempistiche della richiesta di intervento da parte del fisioterapista; modalità e frequenza delle visite da parte del fisioterapista; obiettivi ed esiti degli interventi; durata dell'assistenza e motivo della dimissione.

RISULTATI: Lo studio, attualmente in corso, è stato progettato dal gruppo dei fisioterapisti del servizio di riabilitazione facente parte di un servizio di cure palliative per pazienti adulti che, in regione Lombardia, si prende carico mediamente di oltre duemila pazienti all'anno.

Sulla base dei dati di attività svolta nel corso del 2024 da parte del servizio di riabilitazione, si prevede che nell'arco dei quattro mesi del 2025, oggetto di osservazione del presente studio, potranno essere presi in carico da parte del fisioterapista oltre 100 pazienti a domicilio e circa 50 pazienti in hospice.

L'obiettivo principale del lavoro è quello di comprendere le motivazioni più frequenti correlate all'attivazione dei fisioterapisti da parte dell'équipe di cure palliative del nostro servizio ma l'analisi dei dati raccolti durante il periodo di osservazione permetterà anche di descrivere alcuni outcome di processo contribuendo a migliorare le performance del servizio stesso.

CONCLUSIONI: Lo studio offrirà una fotografia puntuale delle ragioni per cui viene attivato il fisioterapista facente parte di un servizio di cure palliative per adulti di regione Lombardia e, secondariamente, della tipologia di risposte che possono essere messe in atto nei diversi setting assistenziali (domicilio e hospice).

I dati, condivisi con tutti gli altri membri dell'équipe, saranno di stimolo per la comprensione del ruolo del fisioterapista in cure palliative e costituiranno la base per la progettazione di un lavoro di ricerca più mirato.

BIBLIOGRAFIA: Lo studio offrirà una fotografia puntuale delle ragioni per cui viene attivato il fisioterapista facente parte di un servizio di cure palliative per adulti di regione Lombardia e, secondariamente, della tipologia di risposte che possono essere messe in atto nei diversi setting assistenziali (domicilio e hospice). I dati, condivisi con tutti gli altri membri dell'équipe, saranno di stimolo per la comprensione del ruolo del fisioterapista in cure palliative e costituiranno la base per la progettazione di un lavoro di ricerca più mirato.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



GLI AMBULATORI DI TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE NEI DISTRETTI DELLA ASL LATINA

Maria Elisabetta D'Addario¹, Maria Colonna², Luigi Rossi³, Antonella Cosimati⁴, Davide Caruso⁵, Marsela Sinjari⁶, Anselmo Papa⁷, Giulia Pasciuti⁸, Arcangelo Maietta⁹, Alessia Massicci¹⁰, Ilaria Pasquali¹¹, Angelo De Nardis¹², Loreto Bevilacqua¹³, Gian Paolo Spinelli¹⁴

¹ UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ² UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ³ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁴ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁵ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁶ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁷ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁸ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia, ⁹ UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ¹⁰ UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ¹¹ UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ¹² UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ¹³ UOSD Terapia Del Dolore Cure Palliative ASL Latina, Latina, Italia, ¹⁴ UOC Oncologia Territoriale ASL Latina Università La Sapienza Polo Pontino, Latina, Italia

SCOPO: Le Simultaneous Care sono una integrazione precoce tra le terapie oncologiche attive e le cure palliative, finalizzate a garantire l'ottimizzazione della QoL del paziente in ogni fase della malattia, anticipandone i bisogni, controllando i sintomi e garantendo il più idoneo luogo di cura.

Rappresentano il paradigma della complessità e della dignità del paziente oncologico nel suo percorso di cura.

In adempimento alla Legge 38/2010 e successiva normativa della Regione Lazio DCA360/2016, è stata istituita Presso la ASL, La Rete Locale di Cure Palliative e gli ambulatori di Terapia del dolore che sono parte integrante della Rete Locale.

L'Ambulatorio istituito, non considerato una prerogativa delle fasi terminali di malattia, si affianca alle cure attive sin dalle fasi più precoci dell'assistenza alle persone con patologie oncologiche, ed è in grado di offrire Prime visite ambulatoriali e Controlli programmati.

METODI: Nella ASL sono presenti 5 Distretti per un totale di circa 570.000 abitanti con una assistenza oncologica sul territorio garantita dalla UOC di Oncologia Territoriale. Questa distribuzione capillare dell'assistenza oncologica richiedeva pertanto anche una più ampia integrazione con un percorso di presa in carico il più precoce possibile soprattutto per la terapia del dolore.

Da Gennaio 2024 sono stati attivati 4 ambulatori, in distretti differenti: DS1; DS2; DS4; DS5 con la previsione di apertura di un quinto ambulatorio sul DS3 per una copertura territoriale completa.

Gli ambulatori, gestiti da un oncologo palliativista, in collaborazione con gli oncologi territoriali si svolgono con una cadenza settimanale e si accede con richiesta dematerializzata da parte dello specialista e del medico di medicina generale, prenotabile tramite sistema regionale ReCUP.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

Tab 1: dati delle visite distribuiti per singolo distretto nel 2024

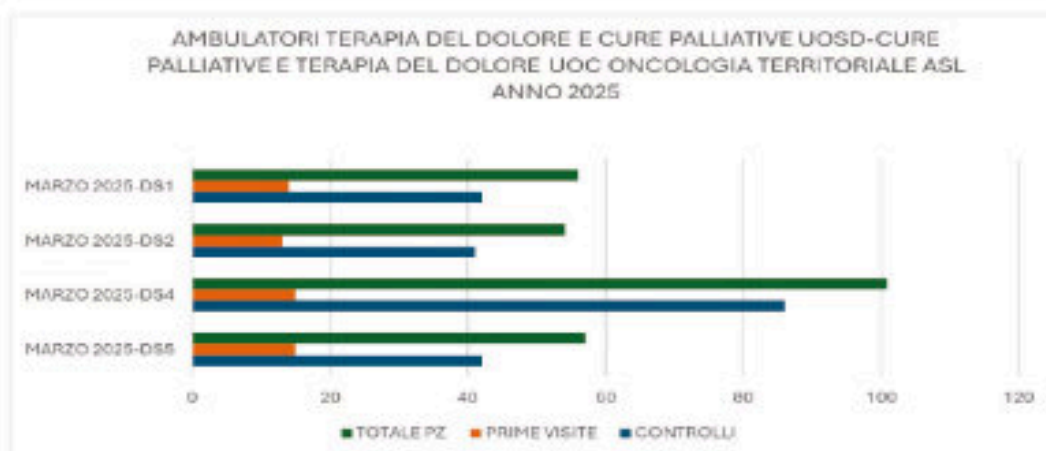
DISTRETTO	APERTURA	PRIME VISITE	VISITE DI CONTROLLO	TOTALE
DS1	Maggio 2024	34	69	103
DS2	Gennaio 2024	17	37	54
DS4	Gennaio 2024	76	208	284
DS5	Gennaio 2024	45	138	183

Figura 1



Tab 2: dati delle visite distribuiti per singolo distretto nel 2025

DISTRETTO	DATI AL	PRIME VISITE	VISITE DI CONTROLLO	TOTALE
DS1	Marzo 2025	14	42	56
DS2	Marzo 2025	13	41	54
DS4	Marzo 2025	15	86	101
DS5	Marzo 2025	15	42	57



RISULTATI: Da Gennaio 2024 a Marzo 2025 sono state effettuate un totale di 890 visite. Tutti i pazienti erano in fase avanzata/metastatica, visitati per palliazione e/o controllo del dolore, di questi circa 68 pazienti sono stati avviati ad assistenza Hospice domiciliare. (Tab 1, Tab 2, Fig 1, Fig 2)

CONCLUSIONI: Nonostante gli ambulatori siano stati attivati da poco tempo, l'integrazione delle cure e il lavoro di rete svolto dai vari specialisti ha permesso una presa in carico globale e multiprofessionale, garantendo al paziente di avere accesso a figure professionali più idonee in ogni fase della sua malattia. I dati verranno ulteriormente ampliati, nel prossimo futuro, con l'arruolamento di altri pazienti, grazie all'apertura di altri ambulatori e soprattutto grazie al lavoro di equipe, con una sempre più precoce presa in carico condivisa.

BIBLIOGRAFIA:

Adriana Turriziani, Giovanni Zaninetta (2018). Il mondo delle Cure Palliative. Manuale per giovani medici (I Ed.). Esculapio.

Cicely Saunders (2008). Vegliate con me. Hospice: un'ispirazione per la cura della vita. Bologna: EDB.

AIOM-SICP (Documento del tavolo di lavoro a cura di) (2015) "Cure palliative precoci e simultanee"

Greer J. A., Temel J. S. et al. (2018) Role of Patient Coping Strategies in Understanding the Effects of Early Palliative Care on Quality of Life and Mood. Journal of Clinical Oncology, Volume 36, Issue 1



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



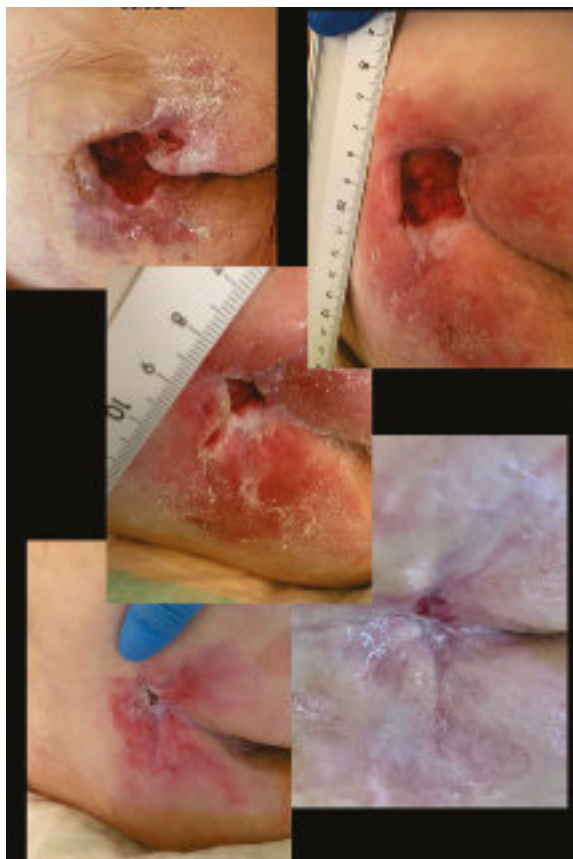
GESTIONE DI LESIONE SACRALE COMPLESSA IN PAZIENTE CON DEMENZA, PREGRESSO ICTUS, SCOMPENSOCARDIACO IN SETTING DOMICILIARE

CLAUDIA ONOFFRI¹

¹FONDAZIONE SANITA' E RICERCA, ROMA, Italia

SCOPO: Descrizione di un caso clinico assistito in cure palliative, con attività infermieristica finalizzata alla cura con esito di guarigione della lesione sacrale di IV stadio di circa 5/6 cm di diametro con area necrotica sul fondo, esposizione dell'osso sacro, compromissione dello strato muscolare, lesione separata del gluteo destro profondamente sottominata, bordi netti frastagliati, cute iperemica e dolorante.

Nel caso esposto viene presentata la gestione di una paziente di 91 anni al momento della presa in carico, sposata, con due figli, autonoma fino al 2023, ricoverata per episodio sincopale, dimessa con diagnosi di ictus cerebrale, ipertensione arteriosa, scompensocardiaco congestizio con fibrillazione atriale, demenza senile, dislipidemia. Arrivo in équipe di cure palliative in condizioni di allettamento, vigile, deficit di emilato sinistro, completamente dipendente, disfagica, incontinente per feci e urine, portatrice di catetere vescicale a permanenza, indice di Karnofsky 30.



METODO: Cura della lesione e della cute neoformata attraverso la valutazione quotidiana e l'utilizzo di medicazioni avanzate, con un protocollo generale, personalizzato secondo necessità e stato della lesione, consistente in deterzione con soluzione a base di poliesanide/betaina o sodio ipoclorito 0,005%, collagenasi/sodio ialuronato o idrogel per il fondo, idrofibra per riempimento e assorbimento dell'essudato, ossido di zinco su cute perilesionale, copertura con placca o garze sterili a seconda dello stato della cute perilesionale. Il rinnovo della medicazione viene eseguito inizialmente ogni giorno per la presenza di essudato abbondante, di cute perilesionale iperemica e ulteriore lesione del gluteo destro sottominata, in caso di distacco o di contaminazione con feci. In seguito programmato il rinnovo ogni due giorni per diminuzione dell'essudato, mantenuto in caso di necessità. Al sollevamento del fondo e accostamento dei margini è stato inserito l'uso di un gel specifico per la guarigione delle ferite per seconda intenzione, con il fine ulteriore di proteggere la cute neoformata (1,2,3).

RISULTATI: Risoluzione completa della lesione e cura della cute neoformata nel periodo da maggio 2023 a marzo 2025 attraverso la valutazione quotidiana e l'utilizzo di medicazioni avanzate.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: La guarigione della lesione è stata raggiunta attraverso l'intervento infermieristico e la partecipazione del caregiver nella individuazione e gestione dei bisogni della paziente, unite alla cura medica e all'intervento fisioterapico, caratterizzati da tempestività e appropriatezza, finalizzati alla risoluzione dei problemi clinici evidenziati nel corso dell'assistenza e al miglioramento delle capacità motorie residue. L'accesso quotidiano infermieristico ha permesso il monitoraggio costante e l'applicazione di tecniche di medicazione avanzata per arrivare alla risoluzione di una lesione profonda e complicata. La caregiver ha dimostrato disponibilità alla collaborazione e alla propria educazione continua, espletando in modo corretto e continuo attività di alimentazione, mobilizzazione, igiene, rinnovo medicazioni quando necessario, dimostrando l'importanza fondamentale di questa figura nella gestione domiciliare di un paziente complesso. Il processo di cura e assistenza si sono realizzati attraverso un rapporto di fiducia e affidamento, ascolto, condivisione delle emozioni ed elaborazione di un nuovo modello di vita in cui l'assistenza a una persona non autosufficiente e non collaborante sono centrali. Questa consapevolezza è stata raggiunta anche attraverso l'intervento dello psicologo, nella comprensione della malattia e di come affrontarla quotidianamente in modo positivo e proattivo (4), combattendo il fenomeno del burden del caregiver e assicurando una miglior qualità di vita al paziente e familiari (5).

Relativamente alle lesioni da pressione, uno studio pubblicato nel 2018 realizzato in Italia, nel quale sono stati inclusi 574 pazienti con un'aspettativa di vita ≤ 6 mesi ricoverati nel servizio di cure palliative domiciliari, ha mostrato un tasso di prevalenza e di incidenza di lesioni rispettivamente del 13,1% e del 13,0%, evidenziando la rilevanza di questo problema nel risultato di salute da perseguire (6).

BIBLIOGRAFIA:

- 1: Gould LJ, Alderden J, Aslam R, Barbul A, Bogie KM, El Masry M, et al. WHS guidelines for the treatment of pressure ulcers—2023 update. *Wound Repair & Regeneration* [Internet]. 2024 Jan 1 [cited 2025 Mar 25];32(1):6–33. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=577f61fc-039c-33f9-bcb4-585273f9f757>
- 2: Bellingeri A, Falciani F, Traspedini P, et al. Effect of a wound cleansing solution on wound bed preparation and inflammation in chronic wounds: a single-blind RCT. *J Wound Care*. 2016;25(3):160–168. doi:10.12968/jwc.2016.25.3.160 (accesso del 25/3/2025)
- 3: De Francesco F, De Francesco M, Riccio M. Hyaluronic Acid/Collagenase Ointment in the Treatment of Chronic Hard-to-Heal Wounds: An Observational and Retrospective Study. *J Clin Med*. 2022;11(3):537. Published 2022 Jan 21. doi:10.3390/jcm11030537 (accesso del 25/3/2025)
- 4: Cresp SJ, Lee SF, Moss C. A framework for nurses working in partnership with substitute decision makers for people living with advanced dementia: A discursive paper. *Journal of Clinical Nursing* (John Wiley & Sons, Inc) [Internet]. 2022 Jul 1 [cited 2025 Mar 27];31(13/14):1864–73. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=d8c9d014-39af-3be7-8b40-ba0681d984b0>
- 5: Gagliardi C, Piccinini F, Lamura G, Casanova G, Fabbietti P, Succi M. The Burden of Caring for Dependent Older People and the Resultant Risk of Depression in Family Primary Caregivers in Italy. *Sustainability* 2022; 14(6): 3375. <https://doi.org/10.3390/su14063375> (accesso del 25/3/2025)
- 6: Artico M, Dante A, D'Angelo D, Lamarca L, Mastroianni C, Petitti T, Piredda M, De Marinis MG. Prevalence, incidence and associated factors of pressure ulcers in home palliative care patients: A retrospective chart review. *Palliat Med*. 2018 Jan;32(1):299–307. doi: 10.1177/0269216317737671. Epub 2017 Nov 13. PMID: 29130416. (accesso del 7/4/2025)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA TRASFUSIONE IN CURE PALLIATIVE: SURVEY PER LA SCOPERTA DEL PANORAMA ITALIANO.

Evelina Pedaci¹, Arianna Nicoli¹, Laura De Filippo¹, Corradino Federico¹, Silvia Goffredo¹, Tiziano Zinicola², Walter Tirelli², Luigi Lombardo², Patrizia Ginobbi², Italo Penco²

¹Hospice Cure Palliative Distretto di Lecce, San Cesario di Lecce, Italia, ²Fondazione Sanità e Ricerca, Roma, Italia

SCOPO: L'anemia è molto diffusa nei pazienti con malattie avanzate e può causare sintomi rilevanti quali affaticamento e dispnea. Sebbene la trasfusione di emazie rappresenti il trattamento standard, le linee guida per il loro impiego in cure palliative sono scarse. Le trasfusioni comportano un costo sociale e sollevano questioni etiche a causa della limitata disponibilità di sangue rispetto alla domanda. In assenza di evidenze solide nel contesto palliativo, le decisioni trasfusionali si basano spesso su valutazioni personali e arbitrarie dei singoli medici. Scopo di questo studio è elaborare un questionario strutturato per indagare l'uso delle trasfusioni di emazie nelle cure palliative in Italia. Si intende valutare la frequenza delle trasfusioni, identificare eventuali differenze statisticamente significative tra i diversi centri e comprendere se esistano criteri comunicati nei guidelines per l'impiego.

METODO: Abbiamo voluto elaborare il questionario seguendo le linee guida CHERRIES (Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys). Per definire le domande più adeguate, è stata preliminarmente svolta una revisione della letteratura, al fine di selezionare i parametri più rilevanti per gli obiettivi dello studio.

RISULTATI: Sono state elaborate 12 domande con tipologie di items diversificate per valutare:

- l'area geografica di provenienza dei centri partecipanti;
- le principali indicazioni cliniche alla trasfusione;
- i livelli di emoglobina che determinano l'erogazione della trasfusione;
- la percentuale di pazienti che ricevono almeno una trasfusione nell'arco di un anno;
- i benefici clinici percepiti in relazione allo status di performance.

CONCLUSIONI: Il questionario è stato completato. Il passaggio successivo sarà la diffusione del sondaggio a tutti i centri di cure palliative italiani e la raccolta delle risposte per l'analisi finale. I risultati potranno costituire la base per un position paper sull'utilizzo delle trasfusioni di emazie in ambito palliativo.

BIBLIOGRAFIA:

- Rubin M. Should We Offer Blood Transfusions as a Palliative Therapy? *Am J Bioeth.* 2016 Jul;16(7):62-4. doi: 10.1080/15265161.2016.1180444. PMID: 27292858.
- Chin-Yee N, Taylor J, Rourke K, Faig D, Davis A, Fergusson D, Saidenberg E. Red blood cell transfusion in adult palliative care: a systematic review. *Transfusion.* 2018 Jan;58(1):233-241. doi: 10.1111/trf.14413. Epub 2017 Dec 1. PMID: 29194669.
- To THM, LeBlanc TW, Eastman P, Neoh K, Agar MR, To LB, Rowett D, Vandersman Z, Currow DC. The Prospective Evaluation of the Net Effect of Red Blood Cell Transfusions in Routine Provision of Palliative Care. *J Palliat Med.* 2017 Oct;20(10):1152-1157. doi: 10.1089/jpm.2017.0072. Epub 2017 Jun 9. PMID: 28598239.
- Marote S, Marinho J, Silva MC, Ferraz Gonçalves J. Transfusion practices in patients with advanced cancer: a retrospective study in a palliative care service. *Porto Biomed J.* 2022 Dec 1;7(6):e195. doi: 10.1097/pbj.000000000000195. PMID: 37152079; PMCID: PMC10158856.
- To TH, To LB, Currow DC. Can We Detect Transfusion Benefits in Palliative Care Patients? *J Palliat Med.* 2016 Oct;19(10):1110-1113. doi: 10.1089/jpm.2016.0073. Epub 2016 Jun 29. PMID: 27355984



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO DESCRITTIVO TRASVERSALE DELLE PRESTAZIONI FISIOTERICAPICHE EROGATE PRESSO L'HOSPICE

Federica Franchini¹, Paolo Vacondio¹, Gianfranco Martucci¹, Luigi Costantini¹, Amrita Sola¹, Vincenza Asaro¹
¹AUSL, MO, Italia

SCOPO

La professione del Fisioterapista dalla sua definizione, nel DM 741/94 fino ad oggi, ha visto susseguirsi norme e linee guida che negli anni hanno cercato di delineare in maniera più precisa il suo ruolo nell'ambito delle Cure Palliative. In Italia, rimane ancora disomogenea la presenza del fisioterapista nei diversi setting di Cure Palliative.

L'evoluzione organizzativa della Rete di Cure Palliative del nostro territorio ha portato all'apertura del primo Hospice nel 2020. Tra le diverse professioni coinvolte nell'equipe dell'Hospice, è stata prevista anche la figura del fisioterapista diventando così la prima esperienza di fisioterapista in Cure Palliative nel primo setting residenziale di Hospice.

Pertanto questo studio vuole cercare di descrivere la quantità e la tipologia delle prestazioni svolte dal fisioterapista all'interno dell'Hospice.

METODO

Lo studio osservazionale prospettico descrittivo si propone di fornire una rappresentazione della quantità delle prestazioni fisioterapiche erogate presso in Hospice e di definire la tipologia delle prestazioni fisioterapiche. I dati sono stati raccolti in un periodo di 4 mesi, precisamente da inizio novembre 2024 a fine febbraio 2025, attraverso una scheda elaborata dai fisioterapisti. I dati sono stati oggetto di una prima e semplice elaborazione statistica nel mese successivo alla raccolta dati per un elaborato di tesi. Sono stati poi oggetto di analisi statistica più approfondita nei 3 mesi successivi.

La scheda è stata compilata quotidianamente dai fisioterapisti che lavorano in Hospice dal lunedì al venerdì. La scheda ha raccolto dati inerenti:

- " fascia d'età;
- " genere;
- " patologia (oncologica, neurologica, demenza, gravi insufficienze d'organo);
- " numero giorni di ricovero;
- " prestazione fisioterapica erogata.

Sono stati inclusi tutti i pazienti che sono stati ricoverati in reparto durante il periodo di raccolta dati senza criteri di esclusione.

RISULTATI ATTESI

Da una prima analisi statistica è emerso che le prestazioni più frequenti sono quelle inerenti la raccolta dati relativi al caso clinico che cominciano il giorno precedente all'ingresso del paziente in reparto, quando nel briefing quotidiano viene presentato il caso e prosegue ogni giorno per tutta la durata del ricovero.

Altre prestazioni che avevano un numero elevato riguardavano i colloqui con pazienti e familiari.

Seguivano poi le problematiche legate alla locomozione.

Il totale delle prestazioni fisioterapiche è stato considerato in relazione a tutta la popolazione dello studio. In seguito sono state considerate solo le prestazioni fisioterapiche erogate su pazienti con degenza in reparto superiore ai 7 giorni: escludendo pazienti con ricovero inferiore ai 7 giorni (PAI fine vita breve), il campione della popolazione è quasi dimezzato e il numero delle prestazioni è diminuito di circa 20%.

I dati raccolti sono attualmente oggetto di un'elaborazione statistica più approfondita in modo da poter descrivere in maniera più significativa l'attività fisioterapica.

CONCLUSIONI

Emerge quindi che anche per il fisioterapista, la precocità della presa in carico è elemento di vantaggio per costruire con paziente e familiari il più adeguato programma riabilitativo. Un altro elemento che risalta e che potrebbe sembrare anomalo per la fisioterapia è il tempo dedicato alla relazione con pazienti, familiari ed altri componenti dell'equipe che è un tempo necessario per la gestione delle complessità dei pazienti in carico alle Cure Palliative.

Sebbene il concetto di riabilitazione possa in un primo momento sembrare lontano dalle Cure Palliative, la presenza quotidiana del fisioterapista in Hospice come elemento integrato all'equipe si è rivelata utile sia



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



per la gestione delle problematiche motorie sia per l'apporto di un ulteriore punto di vista in équipe di un professionista che non può non avere un rapporto confidenziale con pazienti proprio perché la professione comporta una relazione basata sul tocco.

Ulteriore oggetto di studio potrebbe essere il tempo impiegato per l'erogazione delle prestazioni fisioterapiche che in questo studio non è stato rilevato.

BIBLIOGRAFIA ESITOGRAFIA

Legge 15 marzo 2010 n. 38. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore (Gazzetta Ufficiale, Serie generale, 19 marzo 2010 n. 65)

Legge 22 dicembre 2017 n. 219. Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (Gazzetta Ufficiale, Serie generale n. 12 del 16 gennaio 2018)

Il Core Curriculum del Fisioterapista in Cure Palliative disponibile su https://www.sicp.it/wp-content/uploads/2024/09/CC- Curriculum-del-Fisioterapista_2024_WEB.pdf



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TUTTI A TAVOLA: MIGLIORARE LA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI DISFAGICI CON RICETTE FACILI DA DEGLUTIRE, PIACEVOLI E NUTRIZIONALMENTE VALIDE

Irene Paola Licameli¹, Lida Lucia Colombo¹, Maria Brandi¹

¹Asst brianza, Giussano, Italia

SCOPO: Il progetto mira a migliorare la qualità di vita dei pazienti disfagici trasformando la gestione del pasto da momento critico a un'esperienza piacevole e conviviale. L'obiettivo è creare un ricettario che offra alternative valide dal punto di vista nutrizionale e che restituisca ai pazienti il piacere di consumare un pasto con il proprio familiare.

METODO: Il progetto si basa sulla preparazione di piatti specifici per pazienti disfagici, come gnocchi di polenta agli spinaci, vellutata di zucca, semifreddo al caffè, mousseddi mortadella, polenta concia, mousse di cioccolato e torroncino, e sformatino di piselli. Questi piatti sono stati valutati da pazienti, familiari e operatori per la loro consistenza, facilità di deglutizione, aspetti sensoriali e facilità di riproduzione a casa tramite questionario con punteggio da 0 a 4

RISULTATI: I piatti proposti sono stati valutati positivamente sia dai pazienti che dai familiari e dagli operatori. La consistenza del cibo e la facilità nella deglutizione sono state apprezzate, con punteggi medi che variano tra 3 e 4 su scala likert 5. Gli aspetti sensoriali, come olfatto, vista e sapore, hanno ricevuto valutazioni positive, dimostrando che i piatti sono nutrizionalmente validi e piacevoli da consumare. La varietà del menù è stata apprezzata, con punteggi che indicano una buona diversificazione dei piatti offerti.

CONCLUSIONI: Il progetto ha raggiunto il suo obiettivo di migliorare la qualità di vita dei pazienti disfagici, trasformando il momento del pasto in un'esperienza piacevole e conviviale. Le ricette sono percepite come riproducibili a casa, anche se ci sono alcune variazioni nei punteggi tra i diversi gruppi. In generale, sembra che le ricette siano percepite come riproducibili a casa, contribuendo a migliorare l'esperienza dei pazienti durante i pasti.

BIBLIOGRAFIA:

Gnocchi di polenta e spinaci: Blog di

GialloZafferano([<https://blog.giallozafferano.it/dolcearcobaleno/gnocchi-di-polenta-e-spinaci/>])(<https://blog.giallozafferano.it/dolcearcobaleno/gnocchi-di-polenta-e-spinaci/>))

Vellutata di zucca: La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Vellutata-di-zucca.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Vellutata-di-zucca.html>))

Semifreddo al caffè: La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Semifreddo-al-caffe.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Semifreddo-al-caffe.html>))

Mousse di mortadella : La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Mousse-di-mortadella.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Mousse-di-mortadella.html>))

Gnocchi di polenta e spinaci: Blog di

GialloZafferano([<https://blog.giallozafferano.it/dolcearcobaleno/gnocchi-di-polenta-e-spinaci/>])(<https://blog.giallozafferano.it/dolcearcobaleno/gnocchi-di-polenta-e-spinaci/>))

Vellutata di zucca: La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Vellutata-di-zucca.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Vellutata-di-zucca.html>))

Semifreddo al caffè: La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Semifreddo-al-caffe.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Semifreddo-al-caffe.html>))

Mousse di mortadella : La Ricetta di GialloZafferano([<https://ricette.giallozafferano.it/Mousse-di-mortadella.html>])(<https://ricette.giallozafferano.it/Mousse-di-mortadella.html>))



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



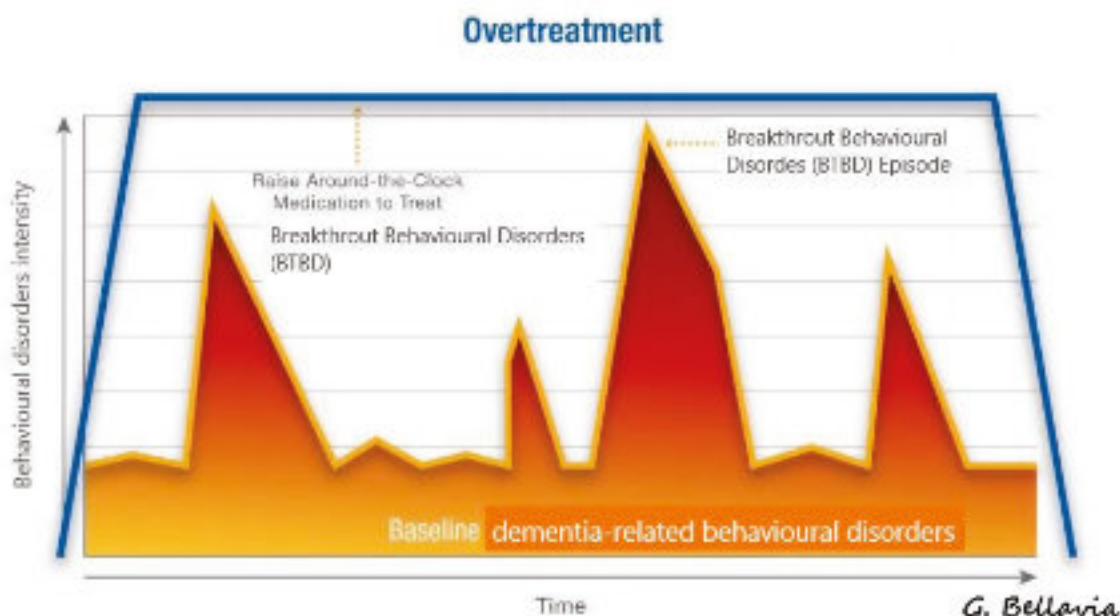
DEMENZE: APPROCCIO METODOLOGICO ALLA GESTIONE DI AGITAZIONE E TURBE DEL COMPORTAMENTO.

GIUSEPPE BELLAMA¹, MARIA CONCETTA SCORDI¹

¹ SAMOT, PALERMO, Italia, ² PALERMO, Italia

SCOPO: Attualmente più di 55 milioni di persone soffrono di demenza in tutto il mondo, oltre il 60% delle quali vive in paesi a basso e medio reddito. Ogni anno ci sono quasi 10 milioni di nuovi casi.

La demenza deriva da una varietà di malattie e lesioni che colpiscono il cervello. La malattia di Alzheimer è la forma più comune di demenza e può contribuire al 60-70% dei casi. La demenza è attualmente la settima causa di morte e una delle principali cause di disabilità e dipendenza tra le persone anziane a livello globale. Con il progredire della malattia compaiono anomalie del comportamento la cui intensità cresce nel tempo. Nelle forme avanzate la demenza si caratterizza per la presenza di allucinazioni, turbe del comportamento, aggressività, che rendono la gestione da parte dei familiari difficile se non addirittura impossibile.



METODO: Se decidessimo di utilizzare gli schemi che applichiamo per il dolore oncologico ci accorgeremmo che esistono turbe del comportamento, correlate alla demenza, che si presentano costantemente, come il dolore basale, e come quest'ultimo anche per le turbe del comportamento esistono parossismi di durata variabile simili al dolore episodico intenso.

RISULTATI: Osserviamo dunque un livello basale di turbe del comportamento che andrà trattato con farmaci ad orari fissi, magari a lento rilascio ed esisteranno turbe del comportamento, episodiche ed intense, che andranno trattate con farmaci a pronto rilascio da somministrare al bisogno. Chiameremo questi parossismi breakthrough behavioural disorders (BTBD).

CONCLUSIONI: Analogamente a quanto facciamo nella terapia del dolore, frequenza e dosaggio delle somministrazioni al bisogno ci daranno indicazioni su quanto intensificare la terapia di base.

BIBLIOGRAFIA: WHO. Global action plan on the public health response to dementia 2017-2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



APPLICAZIONE DELLA COMUNICAZIONE AUMENTATIVA ALTERNATIVA (CAA) NEI PAZIENTI CON SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UNO STRUMENTO PER PRESERVARE LA COMUNICAZIONE E LA QUALITÀ DELLA VITA

Gemma Levantino¹, Antonino Petronaci¹

¹Samot onlus, Palermo, Italia

SCOPO: La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva che compromette le funzioni motorie, inclusa la capacità di parlare. La perdita della comunicazione verbale rappresenta una delle sfide più rilevanti per il benessere psicologico e sociale del paziente. La Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA) offre strategie e strumenti per mantenere la comunicazione nonostante il deterioramento fisico.

Valutare l'efficacia della CAA nel migliorare la comunicazione funzionale e la qualità della vita nei pazienti con SLA, evidenziando le tecnologie utilizzate e il ruolo del team multidisciplinare.

METODO: È stata condotta una revisione narrativa della letteratura scientifica pubblicata tra il 2013 e il 2024, attraverso banche dati quali PubMed, Scopus e CINAHL. Sono stati inclusi studi clinici, revisioni sistematiche e linee guida inerenti all'uso della CAA nei pazienti con SLA. Sono stati esaminati strumenti low-tech (tabelle alfabetiche, puntatori oculari semplici) e high-tech (dispositivi con tracciamento oculare, sintetizzatori vocali).

RISULTATI: I dati emersi mostrano che l'adozione tempestiva della CAA migliora significativamente la comunicazione e l'adattamento psicologico. I sistemi di eye-tracking risultano i più efficaci nelle fasi avanzate della malattia. Fondamentale è l'intervento precoce e la personalizzazione degli strumenti, con il coinvolgimento attivo di logopedisti, neurologi e caregiver.

CONCLUSIONI: La CAA rappresenta una risorsa essenziale nel percorso di cura dei pazienti con SLA. L'implementazione precoce e integrata nel contesto assistenziale consente di mantenere la comunicazione, l'autonomia decisionale e una migliore qualità della vita. È auspicabile una maggiore formazione degli operatori sanitari sull'uso della CAA e un accesso equo alle tecnologie assistive.

BIBLIOGRAFIA:

1. Beukelman, D. R., & Light, J. C. (2020). *Augmentative and Alternative Communication: Supporting Children and Adults with Complex Communication Needs*. Paul H. Brookes Publishing.
2. Caligari, M., Godi, M., Guglielmetti, S., et al. (2013). Eye-tracking communication devices in patients with amyotrophic lateral sclerosis: impact on quality of life and psychological well-being. *Amyotrophic Lateral Sclerosis and Frontotemporal Degeneration*, 14(7-8), 546-552.
3. Wicks, P., Massagli, M., Wolf, C., et al. (2012). Perceived benefits of assistive technologies among people with ALS. *Amyotrophic Lateral Sclerosis*, 13(1), 55-61.
4. Linee guida SIN per la gestione della SLA, 2022.
5. Murray, J., & Goldbart, J. (2021). AAC use in adults with neurodegenerative conditions: a systematic review. *Disability and Rehabilitation: Assistive Technology*, 16(4), 387-397.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



VITE AL LIMITE. L'APPROCCIO PALLIATIVO AL FINE VITA NELLA FIBROSI CISTICA: LO SGUARDO APERTO SU TRE CASE REPORT

Elena Presazzi¹, Alexandra I. Gabris¹, Antonio Lizardo¹, Maja Caldato¹, Roberto E. Moroni G¹

¹Fondazione IRCCS Ca'Granda-Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, ITALY

SCOPO:

I nuovi trattamenti farmacologici della fibrosi cistica insieme alle possibilità offerte dal trapianto di polmone e talora del trapianto multi organo hanno modificato la prognosi e la speranza di vita dei/delle giovani pazienti affetti da questa malattia genetica.

Nonostante ciò la malattia porta con sé numerose problematiche gestionali che devono costituire momenti di attenzione per chi si occupa di cure palliative.

Il controllo del dolore ad esempio che è frequentemente presente nello sviluppo della malattia, la dispnea, le complicanze precoci e tardive del trapianto di polmone sono solo alcuni degli aspetti che richiedono l'intervento della Medicina Palliativa e anzi rendono la fibrosi cistica una delle malattie paradigmatiche della necessità di una presa in carico precoce, tempestiva, del malato e del suo nucleo familiare da parte della équipe di cure palliative.

METODO E RISULTATI

Il lavoro di ricerca si sviluppa attorno l'esame biografico e narrativo di tre casi raccontando tre esperienze di cura e di malattia intesa nella completezza antropologica di fatto biologico ma anche di esperienza di sofferenza personale e sociale

La prima è la storia di una giovane donna già trapiantata di polmone che viene presa in carico dal servizio di Cure Palliative per gestione del rigetto cronico di trapianto e non più ritrapiantabile e che decide di morire in Hospice. È la storia della costruzione di una relazione terapeutica e di accompagnamento al fine vita caratterizzata da scelte condivise e consapevoli, da buona comunicazione, dal buon uso dei farmaci e da una condivisione del percorso terapeutico da Ospedale e Territorio

La seconda storia è quella di un uomo in cui il supporto farmacologico alla dispnea e al dolore, il supporto psicologico e una ottimale collaborazione tra chirurghi, pneumologi, palliativisti ed intensivisti ha consentito il re-trapianto di polmone e quindi ha riaperto una prospettiva di vita che pareva irrimediabilmente perduta.

La terza storia invece è la storia di un medico pediatra che deve fare i conti con il fine di vita di un giovane paziente che ha seguito per anni e che trova nella équipe di cure palliative un valido supporto per gestire non solo i sintomi del fine vita - il malato non è trapiantabile e i nuovi trattamenti non hanno modificato la traiettoria di vita - ma anche per rielaborare il proprio senso di impotenza e di fallimento di fronte all'ennesimo peggioramento del paziente.

CONCLUSIONI

Le tre storie raccontano la clinica e la narrazione, lo sconforto e la rabbia, la paura e la delusione. Ma insieme raccontano anche la ricchezza e la bellezza della speranza e della condivisione. Dimostrano che la cura palliativa, la valorizzazione della relazione tra équipe e paziente e famiglia, lungi dal sottrarre alla competenza clinica aggiunge valore all'esperienza della relazione terapeutica.

BIBLIOGRAFIA

ARIES, P. (1975), *Essai sur l'histoire de la mort en Occident du Moyen Âge à nos jours*. Edition du Seuil, Paris.

BAUMAN, Z. (1992), *Mortalità, immortalità e altre strategie di vita*. Tr. it. il Mulino, Bologna.

BRIVIO, A., MATTALUCCI, C. (2022) (a cura di), *La materia per pensare la morte*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

BORGSTROM, E., ELLIS, J. (2017), "Introduction: researching death, dying and bereavement". In *Mortality*, 22,2, pp. 93-104.

BORGSTROM, E., COHN, S., DRIESSEN, A. (2020), "We come in as 'the nothing'. Researching non-intervention in palliative care". In *Medicine Anthropology Theory*, 7,2, pp. 202-213.

BROOM, A., CAVENAGH, J. (2011), "On the meanings and experiences of living and dying in an Australian hospice". In *Health*, 15,1, pp. 96-11.

CONKLIN, B., A., MORGAN, L., M. (1996), "Babies, Bodies, and the Production of Personhood in North America and a Native Amazonian Society". In *Ethos*, 24, 4, pp. 657-694.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- FAVOLE,A.(2003), Resti di umanità. Vita sociale del corpo dopo la morte. Laterza, Roma-Bari.
- FAVOLE,A.,LIGI,G.(2004), "L'antropologia e lo studio della morte: credenze, riti, luoghi, corpi, politiche". In *La Ricerca Folklorica*, 49, pp. 3-13.
- FABIAN,J. (1972), "How Others Die - Reflections on the Anthropology of Death". In *Death in American Experience*, 39, 3, pp. 543-567.
- FROGGATT,K.(1997), "Rites of passage and the hospice culture", in *Mortality*, 2, 2, pp. 123-136.
- GOOD,B.,J.(1996), "Gli studi culturali nelle bioscienze, nella biomedicina e nella biotecnologia". In DONGHI, P. (1996) (a cura di), *Il sapere della guarigione*, Laterza, Roma-Bari, pp. 63-81.
- GORER,G.(1965), *Death, grief and mourning in contemporary Britain*. The Cresset Press, London.
- GUSMAN,A.(2015b), "Comuni-care: un percorso sulla comunicazione nel passaggio alle cure palliative". In *Salute e Società*, 3, pp. 159-172.
- HAMARAT,N., PILLONEL,A., BERTHOD,M.-A., CASTELLIDRANSART,D. A., LEBEER,G.(2022), "Exploring Contemporary Forms of Aid in Dying: An Ethnography of Euthanasia in Belgium and Assisted Suicide in Switzerland". In *Death Studies*, 46, 7, pp. 1593-1607.
- HERTZ,R.(1907), "Contributo alla rappresentazione collettiva della morte". In HERTZ,R., *La preminenza della destra e altri saggi*. Tr. it. Einaudi, Torino 1994, pp. 53-163.
- KAUFMAN,S.,R., MORGAN,L.(2005), "The anthropology of the beginnings and ends of life". In *Annual Review of Anthropology*, 34, pp. 317-341.
- KÜBLER-ROSS,E.(1969), *La morte e il morire*. Tr. it. cittadella editrice, Assisi 1976.
- LAMB,S. (1997), "The Making and Unmaking of Persons: Notes on Aging and Gender in North India". In *Ethos*, 25, 3, pp. 279-302.
- LAMB,S. (2014), "Permanent personhood or meaningful decline? Toward a critical anthropology of successful aging". In *Journal of Aging Studies*, 29, pp. 41-52.
- LEENHARDT,M.(1947), *Do kamo. La personne et le mythe dans le monde mélanésien*. Paris, Gallimard.
- MATTALUCCI,C.(2015), "Fabbricare l'umano prima della nascita". In BARBERANI,S., BORUTTI,S., CALAME, C., KILANI, M., MATTALUCCI,C., VANZAGOL, *Soggetto, persona e fabbricazione dell'identità*. Mimesis Edizioni, Sesto San Giovanni (MI).
- MATTALUCCI,C.(2022), "Riproduzione, persone e relazioni parentali. Scegliere dopo una diagnosi di anomalie fetali". In *Rivista di antropologia contemporanea*, 2, pp. 357-378.
- MCKECHNIE,R., JAYE,C., MACLEOD,R.(2010), "The liminality of palliative care". In *Sites: new series*, 7, 20, pp. 9-29.
- MINELLI,M., PIZZA,G.(2019), "Usi sociali dell'antropologia medica". In *AM*, 47-48, pp. 13-30.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA TELEVISITA IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI, UN NUOVO STRUMENTO DI ASSISTENZA NELLA RETE DI CP

Mariano Flocio¹, Andrea D'Alele¹, Monica Mazzocchi¹

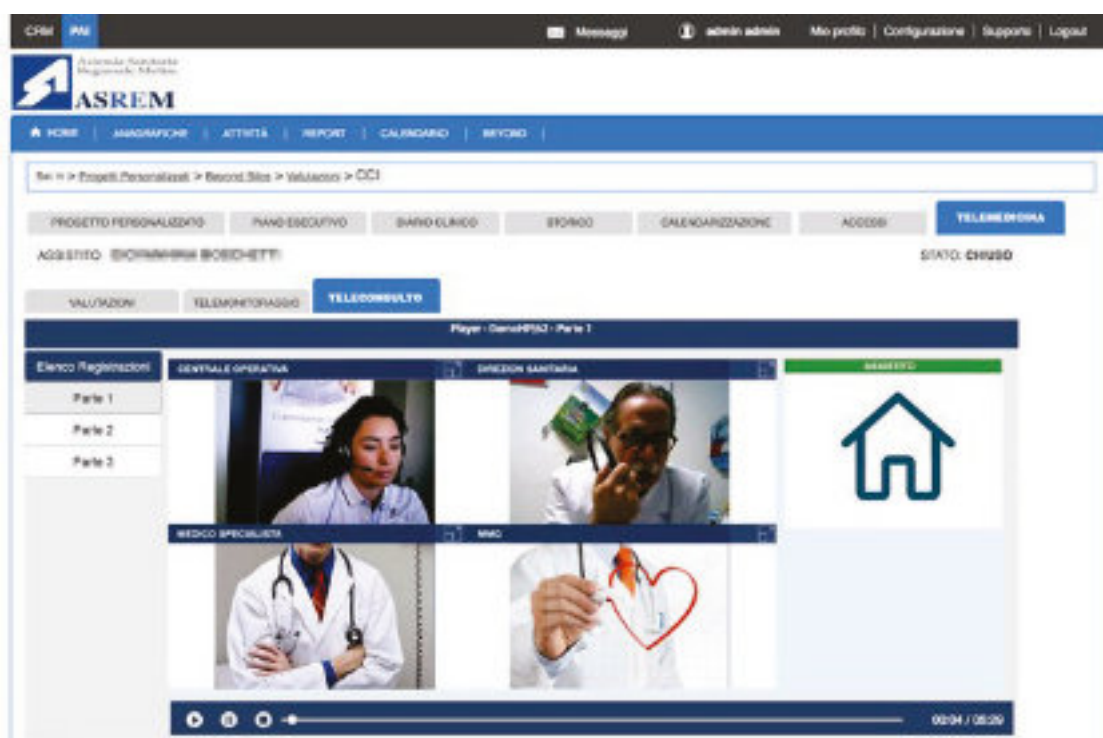
¹ASREMAziendaSanitaria Regione Molise, Larino, ITALY;² ASREMAziendaSanitaria Regione Molise, Larino, ITALY;³ ASREMAziendaSanitaria Regione Molise, Larino, ITALY

SCOPO: Lo sviluppo di strumenti per la Telemedicina consente sia di trovare nuove risposte a problemi tradizionali della medicina, sia di creare nuove opportunità per il miglioramento del servizio sanitario tramite una maggiore collaborazione tra i vari professionisti sanitari coinvolti e i pazienti.

Di seguito si sintetizzano le principali motivazioni e benefici attesi che spingono allo sviluppo ed all'adozione di tecniche e strumenti di Telemedicina:

- Equità di accesso all'assistenza sanitaria: assistenza sanitaria qualificata in aree remote possono essere grandemente aumentate dall'uso della Telemedicina.
- Migliore qualità dell'assistenza garantendo la continuità delle cure: A questa motivazione è legata tutta la Telemedicina mirata a portare direttamente presso la casa del paziente il servizio del medico, senza che questo si allontani dal suo studio e senza che il paziente stesso sia costretto a muoversi
- Migliore efficacia, efficienza, appropriatezza

L'introduzione della Telemedicina come innovativa modalità organizzativa ha una immediata ricaduta nel rendere fruibile e continua la comunicazione fra i diversi attori e orientare gli erogatori verso un utilizzo appropriato delle risorse, riducendo i rischi legati a complicità, riducendo il ricorso alla ospedalizzazione, riducendo i tempi di attesa, ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.



METODO: Sono stati reclutati 18 pazienti nella Rete di Cure Palliative per adulti e gli è stato consegnato

Il Kit OTO è composto dai seguenti dispositivi:

1. Tablet Samsung Galaxy Tab A7 - con MDM (software per la gestione del supporto da remoto) comprensiva custodia e SIM;
2. Bilancia digitale Viatom LeScale F4;
3. Glucometro Taidoc mod. TD-4277;
4. Monitor Multiparametrico Viatom Checkme Pro;
5. Flussimetro MIR Smart One Oxy;

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

RISULTATI: È un atto medico in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver.

La televisita, come previsto anche dal codice di deontologia medica, non può essere mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione medico-paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita medica in presenza. Il medico è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di visita in presenza. L'attività di televisita è un atto sanitario in cui il medico interagisce a distanza con il paziente e può dar luogo alla prescrizione di farmaci, o di ulteriori approfondimenti clinici. Tale atto permette pertanto di trasferire informazioni sanitarie senza far muovere il paziente garantendo così la continuità delle cure e consentendoci di valutare di volta in volta le scelte terapeutiche e l'andamento del quadro clinico.

CONCLUSIONI: In ambito domiciliare le prestazioni erogate con la televisita mirano:

- al follow up di patologia nota;
- alla conferma, aggiustamento o cambiamento delle terapie in corso;
- alla valutazione anamnestica per la prescrizione di esami di diagnosi, o di stadiazione di patologia nota, o sospetta;
- alla verifica da parte del medico degli esiti di esami effettuati ai quali può seguire la prescrizione di eventuali approfondimenti, oppure di una terapia. Il medico durante la televisita interagisce a distanza, in tempo reale, con il paziente anche con il supporto di un caregiver o di un operatore sanitario che può assistere/aiutare il paziente. La televisita è da intendersi limitata alle attività di controllo di pazienti la cui diagnosi sia già stata formulata nel corso di una visita in presenza. Prima della televisita, il medico può richiedere al paziente la condivisione di dati, informazioni, misurazioni o questionari.

I pazienti suscettibili di cure palliative sono persone che necessitano di attenzioni continue e che in genere vorrebbero vivere l'ultimo periodo della loro vita a casa. Le cure palliative garantiscono non solo il sollievo da tutti quei sintomi (come il dolore) che peggiorano la qualità di vita, ma offrono sostegno anche alla famiglia del malato garantendo un aiuto concreto di carattere psicologico e socio-assistenziale.

La telemedicina può supportare molti aspetti della gestione del paziente attraverso il telemonitoraggio e televisita.

Per quanto cerchiamo di essere tempestivi nella soddisfazione dei bisogni, ci siamo resi conto che non possiamo essere sempre ovunque, in qualsiasi momento. E i pazienti, soprattutto quelli in fase terminale che scelgono di continuare le cure a casa, non vogliono essere lasciati soli. Abbiamo capito che con la telemedicina avremmo potuto essere sempre presenti, sebbene non fisicamente, ma sempre a disposizione.

BIBLIOGRAFIA:

- Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, Bruxelles, 4 novembre 2008 COM(2008)689
- Parere del Comitato Economico e Sociale Europeo in merito alla Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, 23 dicembre 2009
- Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, concernente l'Agenda digital europea /*COM/2010/0245 def.*/ del 26 agosto 2010
- Linee guida tecniche per lo sviluppo della Telemedicina orientata alle buone pratiche proposte dall'Osservatorio Nazionale e-care
- Commissione Permanente sull'Innovazione Tecnologica nelle Regioni e negli enti Locali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Generali, Telemedicina: Reference Book sulla Telemedicina e Teleassistenza con particolare riferimento ai territori isolati, 2007



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DONAZIONE DEI FARMACI: QUANDO LO SPRECO SI TRASFORMA IN SOLIDARIETÀ

Simona Ambrosi¹, Valentina Belloni¹, Massimo Martinoli¹, Gabriele Meroni¹, Antonfranco Beneventano¹, Penata Ravani¹, Bruna Bordoni¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, ITALY

SCOPO: Obiettivo del presente elaborato è descrivere il processo di recupero dei farmaci donati a un servizio di Cure Palliative (CP) di Regione Lombardia e analizzare quali e quanti di essi siano stati effettivamente recuperati e riutilizzati a favore dei pazienti presi in carico nel 2024.

La qualità dell'assistenza erogata da un servizio di CP, infatti, può essere misurata anche attraverso l'efficienza nella gestione dei farmaci. Per questo motivo, nella nostra Organizzazione dal 2006 è presente anche un servizio di Farmacia dedicato alla gestione dei dispositivi medici, degli ausili e dei farmaci dei pazienti assistiti nei diversi setting (domicilio, hospice e ambulatorio).

Nel 2024, sono stati assistiti più di duemila pazienti e in tale contesto il servizio di Farmacia ha rappresentato un modello di integrazione tra il comparto sanitario, quello sociale e del volontariato grazie all'attività consolidata di recupero di farmaci, dispositivi medici e ausili donati con la finalità di perseguire i valori di solidarietà sociale e del riuso responsabile. Il processo di donazione dei farmaci, in particolare, è regolamentato dalla legge 166/2016 che ha definito le caratteristiche e le modalità di gestione dei farmaci donati, rendendo il recupero sicuro e tracciabile (1). Negli ultimi anni, all'interno del nostro servizio di CP, la distribuzione dei farmaci di recupero è stata applicata anche ai pazienti assistiti a domicilio, integrando la dotazione di farmaci – normalmente limitata agli ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification) previsti da Regione Lombardia per le CP (2) – con quelli donati, anch'essi non inclusi nell'elenco dei farmaci obbligatori, quando disponibili.

METODO: Il personale della farmacia ha elaborato, in stretta collaborazione con la direzione sociosanitaria, una procedura dedicata alla gestione dei farmaci donati, diffusa poi capillarmente a tutto il personale sociosanitario e di staff (tempo impiegato dal gruppo di lavoro: 3 mesi).

È stato, inoltre, implementato il software informatico per la gestione dei farmaci donati e per l'estrazione dei dati di attività (durata complessiva del progetto: 1 anno).

Per l'iniziale selezione dei farmaci donati, è stato coinvolto sin dall'inizio personale volontario con competenze specifiche e ulteriormente formato sull'attività da svolgere: attualmente tre volontari prestano la loro attività un giorno a settimana per 4 ore.

RISULTATI: Nel 2024 il nostro servizio di CP ha assistito 1841 pazienti al domicilio e 454 pazienti in hospice. Nello stesso periodo, sono state donate al nostro servizio di CP circa 5.000 confezioni integre di farmaci.

Il 25% dei farmaci donati non è stato riutilizzato nel corso dell'anno: di questi farmaci, quelli con una scadenza a breve termine, sono stati donati ad altre organizzazioni di volontariato del territorio. Il restante 75% dei farmaci donati, è stato riutilizzato già nel corso dell'anno per i pazienti assistiti dal nostro servizio di CP. Ciò ha permesso alla nostra Organizzazione di ottenere un risparmio economico di circa 31.500€ per un totale di 2.689 confezioni riutilizzate nei diversi setting assistenziali. A queste, si devono aggiungere altre 1.044 confezioni di farmaci riutilizzati a favore dei pazienti assistiti al domicilio e che appartenevano alle categorie farmacologiche che, secondo la normativa vigente, non devono essere fornite al paziente direttamente dal servizio di CP. La ridistribuzione di queste ultime confezioni di farmaci ha permesso di ridurre sia lo spreco dei farmaci (che diversamente il cittadino avrebbe eliminato) sia una riduzione delle prescrizioni farmacologiche sul territorio con un risparmio economico per il Sistema Sanitario Regionale stimabile di circa 8.500€.

L'attività di recupero del farmaco ha visto impegnati tre volontari con competenze specifiche nell'ambito della farmacologia che hanno donato ciascuno una media di 4 ore settimanali, per un totale di 356 ore nell'arco del 2024, supportati da un addetto alla Farmacia e sotto la supervisione della Farmacista responsabile del servizio.

CONCLUSIONI: La pratica del recupero dei farmaci donati, nel tempo, ha permesso alla nostra Organizzazione non solo di contenere i costi e, dunque, raggiungere un obiettivo di spending review con conseguente riduzione degli sprechi e minor impatto ambientale ma anche di valorizzare i contributi spontanei dei cittadini: ogni donazione è diventata così un gesto concreto di gratitudine e partecipazione, particolarmente significativo in un periodo di risorse economiche limitate. Un ulteriore obiettivo sarà quello



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



di misurare l'impatto sociale ed economico e, se possibile, anche ambientale di questa attività poiché lo spreco va sempre combattuto ed è ancor più virtuoso se si riesce a trasformare in solidarietà.

BIBLIOGRAFIA:

1. Legge 19 agosto 2016, n. 166 'Disposizioni concernenti la donazione e la distribuzione di prodotti alimentari e farmaceutici a fini di solidarietà sociale e per la limitazione degli sprechi' (16G00179), Gazzetta Ufficiale n.202 del 30-08-2016.
2. Deliberazione Regione Lombardia n. X/5918 del 28-11-2016 'Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario'.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SIUREZZA E FATTIBILITÀ DELLA SOSTITUZIONE DOMICILIARE DI TRACHEOSTOMIAE GASTROSTOMIA: UN'ESPERIENZA DI CINQUE ANNI DA UN CENTRO DI CURE PALLIATIVE

FRANCESCO BURLO¹, RENE BORTOLIN¹, DOMENICO GRASSO², ANNA OMEGLIA², EGIDIO BARBI^{1,2}, LUCIA DEZEN², VALENTINA TAUCAR², FRANCESCO PERI²

¹Università degli Studi di Trieste, Trieste, ITALY, ²IRCCS Burlo Garofolo, Trieste, ITALY

SCOPO: La prevalenza di bambini ad alta complessità assistenziale è significativamente aumentata negli ultimi anni, grazie soprattutto ai notevoli progressi tecnologici e medici che hanno portato a tassi di sopravvivenza più elevati tra neonati prematuri, con anomalie congenite e bambini affetti da condizioni croniche o potenzialmente letali. Molti di questi bambini dipendono da tecnologie mediche avanzate, come le tracheostomie e le gastrostomie.

La complessità di gestione di questi bambini ricade principalmente sui caregiver. In risposta ai bisogni specifici e complessi di questa popolazione vulnerabile, le cure palliative pediatriche (CPP) si sono affermate come un supporto fondamentale. Negli ultimi anni, inoltre, si è osservato un notevole spostamento verso l'assistenza domiciliare, che offre numerosi vantaggi, tra cui la riduzione dello stress dovuto alle visite ospedaliere, la possibilità di mantenere un senso di normalità e la creazione di un ambiente più sereno per il bambino.

La letteratura esistente supporta la sicurezza, l'efficacia e la preferenza delle famiglie per l'esecuzione al domicilio di alcune procedure mediche. Per quanto riguarda la sostituzione di cannule tracheostomiche e gastrostomie (PEG), anche in ambito adulto, la letteratura disponibile è scarsa, soprattutto per quanto riguarda la sicurezza e la fattibilità nel setting domiciliare. Nella regione, a partire dall'inizio della pandemia da COVID-19, la Rete di CPP ha sviluppato un protocollo per la sostituzione domiciliare delle cannule tracheostomiche e PEG al domicilio. Questo studio si è proposto di valutare la sicurezza e l'efficacia di tali sostituzioni a domicilio, nonché l'impatto sulla qualità della vita dei bambini e delle loro famiglie. L'obiettivo primario dello studio era valutare la sicurezza della sostituzione domiciliare dei dispositivi, mentre l'obiettivo secondario era valutare la soddisfazione delle famiglie.

METODO: Questo è uno studio osservazionale trasversale condotto da marzo 2020 a ottobre 2024. Sono stati arruolati i pazienti ai quali, durante questo periodo, è stata sostituita la cannula tracheostomica o la PEG al domicilio dal personale del centro regionale di CPP. Sono stati esclusi i pazienti che non sono stati sottoposti alla sostituzione del dispositivo.

Il personale del centro di CPP ha ricevuto una formazione specifica da parte di chirurghi e specialisti ORL per la sostituzione dei dispositivi. Le prime procedure sono state effettuate sotto la supervisione degli specialisti fino a quando il personale di CPP ha acquisito sufficiente autonomia per eseguire le sostituzioni in modo indipendente.

La soddisfazione familiare è stata indagata valutando l'impatto della sostituzione domiciliare dei dispositivi sulla qualità della vita percepita e sui livelli di stress sia del paziente che dei familiari. È stata utilizzata una scala di tipo Likert a cinque punti (da per nulla soddisfatto a molto soddisfatto).

RISULTATI: Sono stati arruolati 14 pazienti: 10 maschi e 4 femmine, con un'età mediana di 11 anni (range 2–18 anni, IQR 7 anni). Tra questi, tre erano portatori di tracheostomia, sette di PEG e quattro di entrambe. I pazienti erano affetti da: disordini genetici (6), patologie neuromuscolari (5) e patologie neurologiche (3). Tutte le famiglie hanno risposto al sondaggio anonimo.

Durante il periodo di studio sono state effettuate complessivamente 77 sostituzioni domiciliari di cannule tracheostomiche e 82 di bottoni gastrostomici, senza alcun evento avverso registrato.

Il tempo mediano necessario per spostare il bambino da casa all'ospedale, considerando i preparativi e il viaggio, è stato di un'ora per i bambini con tracheostomia, due ore per quelli con PEG, un'ora e 30 minuti per quelli con entrambi i dispositivi. Per il trasporto per il 33,3% dei bambini con tracheostomia, il 28,6% dei bambini con gastrostomia e il 75% dei bambini con entrambi i dispositivi era necessario più di un caregiver. Per il 18,2% dei bambini con PEG, il 71,4% dei bambini con tracheostomia e il 50% dei bambini con entrambi i dispositivi i caregiver utilizzavano il proprio mezzo di trasporto per raggiungere l'ospedale, mentre gli altri ricorrevano all'ambulanza o alle associazioni di volontariato.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Il livello di stress medio percepito dal bambino durante la sostituzione in ospedale era 3,86/5 per la tracheostomia e 4/5 per la gastrostomia. Invece, quando la procedura è stata eseguita a domicilio, il livello era 1,29/5 per la tracheostomia e 1,27/5 per la gastrostomia.

Il tasso di soddisfazione familiare per la sostituzione domiciliare della tracheostomia era 100%. L'85,7% delle famiglie ha indicato il domicilio come il luogo preferito per la sostituzione. Analogamente, il tasso di soddisfazione familiare per la sostituzione domiciliare del bottone gastrostomico era 100%, con tutte le famiglie che hanno espresso la preferenza per la sostituzione domiciliare.

CONCLUSIONI: Questo studio evidenzia la sicurezza della sostituzione domiciliare di tracheostomie e gastrostomie.

La prevalenza di dispositivi come tracheostomie e gastrostomie è in costante crescita, imponendo notevoli carichi assistenziali sulle famiglie sia a livello emotivo che economico. La letteratura suggerisce che l'assistenza domiciliare in contesti di CPP è preferibile, consentendo al bambino e alla famiglia di mantenere un ambiente familiare e una routine più normale. Questo studio conferma questi dati, mostrando una significativa riduzione dello stress percepito e un altissimo livello di soddisfazione per le sostituzioni domiciliari. I principali vantaggi percepiti erano il risparmio di tempo e costi, sebbene non siano stati oggetto di una valutazione quantitativa dettagliata.

Tra i limiti dello studio vi sono la natura retrospettiva, il campione ridotto e l'uso di questionari non validati. Tuttavia, i punti di forza risiedono nell'approccio family-centered e nella valutazione dello stress e della soddisfazione percepiti.

Questo studio rappresenta, a quanto ci risulta, la prima descrizione della sicurezza, efficacia e soddisfazione per la sostituzione domiciliare di tracheostomie e gastrostomie in pazienti pediatriche.

Con la crescita della popolazione di bambini ad alta complessità assistenziale, è fondamentale garantire supporto continuo, formazione specifica dei caregiver e strategie assistenziali complete. È essenziale anche formare professionisti sanitari del territorio, per rafforzare le reti di CPP. Il supporto delle famiglie resta un obiettivo prioritario per migliorare il benessere sia dei pazienti che dei caregiver, favorendo maggiore autonomia e sicurezza.

BIBLIOGRAFIA:

Cohen E, et al. Children with medical complexity: an emerging population for clinical and research initiatives. *Pediatrics*. 2011 Mar;127(3):529-38.

Hammer NM, et al. Home-Based Specialized Pediatric Palliative Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pain Symptom Manage*. 2023 Apr;65(4):e353-e368.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: LE DIFFERENZE RICONTRATE NEI TERRITORI DI MILANO, MONZA-BRIANZA E INSUBRIA

Jacopo Tagliabue¹, Antonio Scarcia¹, Cecilia Vallisneri¹, Maria Anna Di Dio¹

¹Paxme Domiciliare, Milano, ITALY

BACKGROUND:

La Legge 38 del 2010 ha rappresentato una pietra miliare fondamentale nel panorama sanitario italiano, gettando le basi giuridiche per assicurare a ogni cittadino il diritto inalienabile di accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore. Questa normativa lungimirante ha delineato con precisione l'insieme integrato degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali, estendendo la propria attenzione non solo alla persona affetta dalla malattia, ma anche al suo intero nucleo familiare, riconoscendo l'importanza del contesto affettivo e sociale nel percorso di cura e assistenza.

In virtù di tale legge, si è sancito inequivocabilmente il diritto del cittadino a non patire sofferenze superflue, garantendo al contempo la possibilità di accedere con facilità alla strutturata rete di cure palliative e terapia del dolore. Questo obiettivo è stato perseguito anche attraverso l'inclusione di tali prestazioni all'interno dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), un passaggio cruciale che ne sottolinea la loro imprescindibilità e universalità all'interno del sistema sanitario nazionale.

Il modello di presa in carico del paziente adottato all'interno della rete di cure palliative si è dimostrato resiliente ed efficace nel corso del tempo. Esso promuove un cambio di paradigma culturale nell'approccio alla cura, orientandosi verso una risposta più completa e personalizzata ai complessi bisogni dei pazienti e dei loro cari.

Un elemento di significativa evoluzione in questo ambito è rappresentato dall'introduzione delle early palliative care per individui affetti da patologie croniche degenerative. Numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato come un intervento palliativo precoce sia in grado di migliorare sensibilmente la qualità della vita di questi pazienti, agendo non solo sul controllo dei sintomi, ma anche sul benessere psicologico e sociale.

Nonostante il riconoscimento normativo delle Cure Palliative come un diritto alla salute a livello nazionale e i progressi compiuti negli ultimi anni, l'accesso effettivo e uniforme alle CP non è ancora pienamente garantito a tutti i cittadini ed è possibile riscontrare differenze in territori limitrofi di una stessa regione.

OBIETTIVO GENERALE: Evidenziare le differenze riscontrate nel percorso di cure palliative domiciliari nei territori di Milano, Monza-Brianza e Insubria.

OBIETTIVI SPECIFICI: Fare emergere la necessità di prese in carico precoci per meglio gestire il percorso in cure palliative domiciliari.

MATERIALI E METODI: Sono stati analizzati i dati di tutti gli utenti assistiti in cure palliative domiciliari da giugno 2023 a marzo 2025. In particolare, l'analisi dei dati si è concentrata sulla durata media della presa in carico correlata alla diagnosi (utente oncologico vs utente non-oncologico) e al profilo di cura erogato (base vs specialistico):

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

	Oncologici	Non-Oncologici	Oncologici base	Oncologici specialistico	Non Oncologici base	Non oncologici specialistico
Milano						
%	61%	39%	38%	62%	49%	51%
Durata media	66.5	98.5	83.8	55.8	123.4	75.08
Brianza						
%	61%	39%	43%	57%	41%	59%
Durata media	60.6	41.1	79.8	45.9	52.3	33.2
Insubria						
%	72%	28%	12%	88%	26%	74%
Durata media	38.8	45.6	80.1	33	78.4	34.1

È emerso che gli utenti oncologici sono quelli maggiormente rappresentati in tutti i territori (63%vs 37%), in Insubria si osserva una percentualmente maggiore rispetto a Milano e Monza-Brianza (72%vs 61%). Gli utenti oncologici di Insubria hanno una durata media di 38.8 giorni di molto inferiore rispetto a Milano e Brianza (66.5 e 60.6); i non-oncologici di Brianza e Insubria hanno una durata media di 41.1 e 45.6 giorni inferiore rispetto a Milano (98.5). In Insubria prevale il profilo specialistico sia negli oncologici che nei non-oncologici: 88% e 74%.

Dai dati emerge che ci sono differenze nei differenti territori sia dal punto di vista di durata della presa in carico, tipologia di diagnosi e gravità dei bisogni evidenziato dal profilo di cura. In Insubria si tende ad attivare i pazienti più tardivamente e il servizio è rivolto in prevalenza a pazienti oncologici. I Pazienti non-oncologici in Brianza e Insubria hanno una durata dimezzata rispetto a Milano. In Insubria vi è una netta prevalenza del profilo specialistico, indicatore di gravità del quadro clinico.

CONCLUSIONI:

Emerge che, in territori limitrofi, le cure palliative non sono ancora un servizio uniforme. Deve proseguire una sensibilizzazione di tutti gli attori del servizio sanitario per promuovere prese in carico più precoci, aperte anche agli utenti non-oncologici e in situazioni di minore gravità clinica.

Rimane urgente perseguire quanto proposto dalla legge 38/2010, a tale proposito il nostro servizio cerca di promuovere le cure palliative tramite il dialogo aperto con gli ospedali per incrementare la rete, la sensibilizzazione dei medici di medicina generale per un intervento precoce, la collaborazione con gli altri enti erogatori, la sensibilizzazione dei cittadini tramite i social media e la formazione continua dei nostri operatori sanitari.

BIBLIOGRAFIA:

Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, L.38/2010
Ricap-Larivista italiana di cure palliative, Vol.16,n.4-2014, Carlo Peruselli



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA SFIDA DEL TERRITORIO: IL TEAM MULTIPROFESSIONALE PER UNA NUOVA RETE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Nicoletta Cimadamore¹, Patrizia Panicoia¹, Elena Chiorboli¹, Rosella Zanini¹, Patrizia Poleis¹, Chiara Andreotti¹, Lia Rusca¹, Mara Rutigliano¹, Antonella Bertola¹, Sergio Grubich¹, Roberta Rossi¹, Diego Zanotti¹
¹ASLBI, Biella, ITALY

SCOPO: In linea con quanto previsto dal D.M. 77/2022, il Progetto di Cure Palliative Pediatriche (CPP) mira alla costruzione di un modello organizzativo che possa trovare una risposta integrata, efficiente ed efficace ai bisogni dei pazienti pediatrici affetti da patologie croniche complesse e inguaribili e delle loro famiglie, mediante un approccio multiprofessionale. La metodologia del lavoro di rete consente, grazie ai molteplici punti di vista e ai benefici della condivisione di informazioni, di essere a supporto anche dei professionisti del territorio che, altrimenti, si troverebbero in solitudine a gestire situazioni molto complesse, anche dal punto di vista emotivo. Il percorso offre preziosi spazi di riflessione su strumenti tanto innovativi quanto delicati quali le Disposizioni Anticipate di Trattamento e la Pianificazione Condivisa delle Cure introdotte dalla Legge 219/2017.

METODO:

Fase 1. Costituzione di un gruppo di lavoro. Il gruppo è formato da 4 Pediatri di Libera Scelta (PLS) con particolare interesse verso le Cure Palliative Pediatriche (CPP), da una Infermiera e una Assistente Sociale della Centrale Operativa Territoriale (COT) e da un gruppo multiprofessionale costituito da operatori del Distretto, Cure Domiciliari, servizi specialistici: Neuropsichiatria Infantile (NPI), Medicina Riabilitativa e Psicologia;
Fase 2. Identificazione del target di popolazione. I PLS tra tutti i loro assistiti, hanno identificato 179 bambini CMC (Children with Medical Complexity) potenzialmente eleggibili alle CPP; la popolazione pediatrica 0/16 in carico ai 12 PLS nel 2024 è di 10.958 bambini. La prevalenza è di 162/10.000 assistiti nella fascia di età compresa tra gli zero e i sedici anni, assistiti dai PLS. Hanno identificato i bambini CMC basandosi sui criteri di esenzione per patologia cronica e/o esenzione per invalidità per patologia e di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), andando a definire per ciascuno di loro la condizione di life-limiting e/o life-threatening, oppure la necessità di presa in cura da parte di più servizi specialistici.

Fase 3. Selezione dei casi. Si è iniziato a lavorare su un numero di casi ristretto, preferendo in questa fase iniziale dare precedenza a quelli segnalati dalle quattro pediatrie presenti nella mini équipe così da avere una maggiore disponibilità di informazione e aggiornamenti.

Fase 4. Strumenti. Si sono individuate come strumenti del Progetto due scale validate quali l'AccaPed che individua i bisogni clinici e la PaPaSScale per i bisogni sociali, psicologici e spirituali e si è organizzata una formazione con operatore esperto relativa alla scala AccaPed.

Fase 5. Stratificazione. Con l'impiego delle scale sopra citate e con il contributo multiprofessionale dell'équipe CPP, si stratificheranno i bambini eleggibili in CPP in tre fasce di complessità: bassa, media e alta.

Fase 6. Modalità di presa in cura. Sulla base della stratificazione, si procederà con un'attivazione progressiva dell'équipe: per la bassa complessità, monitoraggio a cura dei PLS con assistenza ambulatoriale, censimento a cura degli operatori COT che sono a supporto del PLS. Per la media complessità, gli operatori COT mediante programmazioni di riunioni multidisciplinari, follow up telefonici e contatti con centri specialistici e/o Servizi del Territorio (Servizio Sociale, scuola...) supporteranno il PLS referente. Per l'alta intensità, presa in cura domiciliare con ADI CPP attraverso il PLS, infermiere territoriale con Servizio Sociale Territoriale e supporto della COT.

Fase 7. PBL (Problem Based Learning). All'interno del gruppo target, sono stati individuati casi-studio approfonditi dall'équipe per definire percorsi e ricadute operative dell'approccio integrato e multiprofessionale così da individuare i contenuti utili alla strutturazione di un percorso formativo allargato.
Fase 8. Progettazione formativa. Organizzazione di una formazione ai pediatri del Territorio e alle Infermiere delle Cure Primarie.

RISULTATI: Costruzione e gestione di un database contenente tutti i dati dei casi segnalati, utile anche al monitoraggio e all'aggiornamento periodico delle scale.

Individuazione di un percorso comune per tutti gli operatori coinvolti utile per un approccio sistemico e globale in favore del paziente e del suo nucleo familiare.

Avvio di contatti con Centri specialistici di III livello, anche extra-Regione, a supporto della presa in cura territoriale.



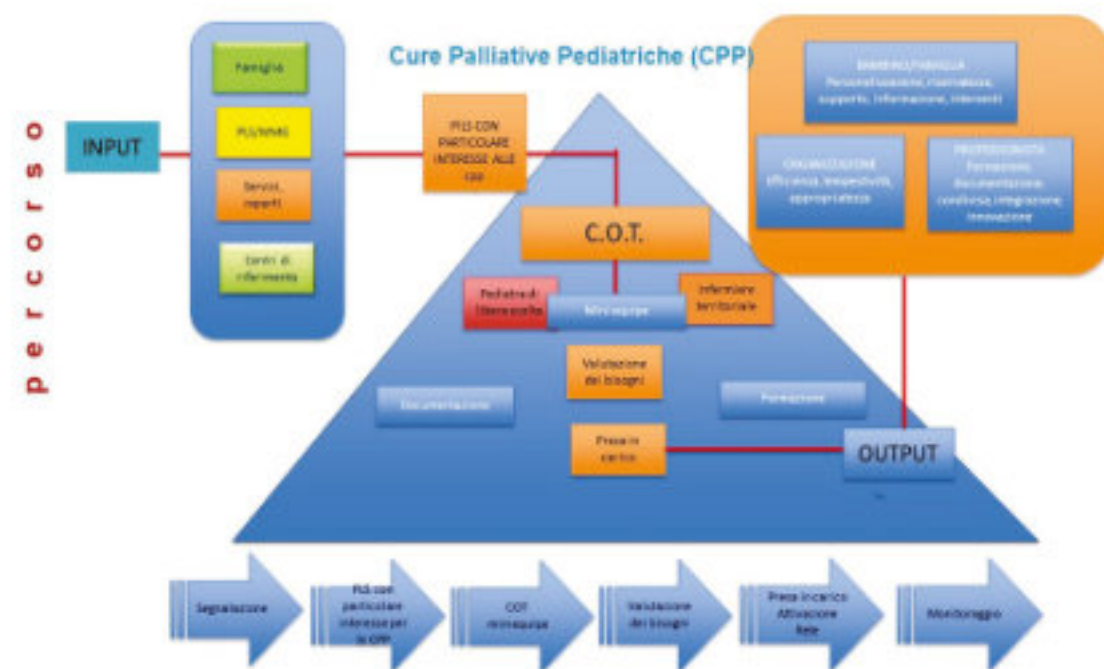
SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Tesserela rete richiede integrazione continua delle informazioni, coordinamento delle complessità e governance per aspirare ad un intervento organizzativo multifocale che rispetti appropriatezza e continuità delle cure.

Durante la discussione dei casi è emerso come la figura del PL Ssia centrale in quanto conoscitore di buona parte della storia del bambino e della sua famiglia ma, se solo, diventa scarsamente efficace nella risposta clinica, e soprattutto, ai bisogni multidimensionali di queste situazioni complesse. Si rivela strategico affrontare i problemi attraverso il contributo di un'equipe multiprofessionale che riesce a stare a fianco delle famiglie con competenze, compassione e solidarietà, sviluppando un modello assistenziale integrato a livello distrettuale.



BIBLIOGRAFIA:

- Legge 15 marzo 2010 n. 38 Disposizioni per Garantire l'Accesso alle Cure Palliative e alla Terapia del Dolore. G.U.n. 65 del 19/03/2010.
- Cohen E, Kuo DZ, Agrawal R, Berry JG, Bhagat SK, Simon TD, Srivastava R. Children with Medical Complexity: an Emerging Population for Clinical and Research Initiatives. Pediatrics 2011 Mar; 127(3): 529-38.
- Legge 22 dicembre 2017 n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. G.U.n. 12 del 16/01/2018.
- Decreto Ministeriale 23 maggio 2022 n. 77 Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. G.U. 144 del 22/06/2022.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

COSTRUZIONE CONDIVISA DI UN PDTA PER LA PRESA IN CARICO IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: UN'ESPERIENZA DI COLLABORAZIONE

Igor Catalano¹, Anna Mandelli², Laura Stabili², Dario Di Iorio², Patrizia Carlucci², Anna Battaglia², Francesca Castoldi², Francesca Destro², Feliciano Calderisi¹, Federico Pellegatta¹, Gian Vincenzo Zuccotti³, Giada Carla Lonati¹

¹ VIDAS, Milano, ITALY, ² ASST FBF-Sacco-PO Buzzi, Milano, ITALY, ³ Università degli studi di Milano e PO Buzzi, Milano, ITALY

SCOPO: Obiettivo del lavoro è descrivere la collaborazione tra un ospedale pediatrico pubblico e un servizio extraospedaliero di Cure Palliative Pediatriche (CPP) in Regione Lombardia per la costruzione di un Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA). Obiettivo primario degli autori è quello di rendere più efficace e coordinato il processo di identificazione dell'eleggibilità, attivazione e presa in carico (PIC) dei minori con bisogni di CPP, superando criticità legate alla frammentazione dei servizi e promuovendo un modello di continuità assistenziale integrata.

La PIC dei pazienti pediatrici con bisogni complessi eleggibili a percorsi di CPP richiede una forte integrazione tra i diversi setting di cura (ospedale, hospice e territorio). La continuità di cura, intesa come un processo di transizione fluido e coerente tra i livelli assistenziali, è un elemento cruciale per garantire qualità, appropriatezza e tempestività nelle risposte cliniche e organizzative. Tuttavia, l'avvio di percorsi di CPP è spesso ostacolato da barriere organizzative, culturali e di comunicazione tra cui, in particolare, la frammentazione dei servizi, l'assenza di linguaggi comuni tra i professionisti e la difficoltà di identificare tempestivamente i pazienti eleggibili.

Nelle CPP, contesti in cui le traiettorie di malattia possono essere anche lunghe, discontinue e caratterizzate da fasi critiche e instabili, l'assenza di strumenti condivisi e percorsi strutturati di collaborazione tra i nodi della rete rischia di generare ritardi nell'attivazione delle risorse, duplicazioni degli interventi o addirittura mancata PIC dei pazienti.

METODO: Anno 2021: tra un ospedale pediatrico pubblico (che dispone di un servizio di CPP ospedaliero ma non di un servizio per la continuità extraospedaliera né di posti letto tipo hospice) e un servizio di CPP territoriale (che offre assistenza palliativa pediatrica attraverso équipe multiprofessionali attive in hospice e a domicilio – CP-dom-), operanti sul medesimo territorio di Regione Lombardia è stata stipulata una convenzione per avviare una collaborazione finalizzata all'assistenza dei bambini con bisogni di cure palliative.

Anno 2022: analisi primi dati di attività e riconoscimento di un bisogno comune di formazione e migliore gestione dell'assistenza; si è deciso di avviare di un percorso di approfondimento e studio finalizzato alla costruzione di un PDTA attraverso il quale ottenere una contaminazione dei saperi e una collaborazione tra i due enti sempre più strutturata ed efficace.

Anno 2023: istituzione di un tavolo di lavoro a cui hanno partecipato stabilmente una dozzina tra medici e infermieri delle due realtà, appartenenti a specialità diverse (anestesia e rianimazione, cure palliative, pediatria, neurologia, chirurgia pediatrica e neonatologia) in qualità di referenti per le CPP delle proprie unità operative. Sono stati svolti nove incontri in presenza, accompagnati da attività redazionali a distanza. Sono stati affrontati in modo sistematico, avendo come riferimenti i principali standard internazionali e le scale di valutazione per l'analisi multidimensionale dei bisogni: la definizione di un linguaggio comune, la selezione dei criteri di eleggibilità clinici e non clinici, l'identificazione degli strumenti valutativi da adottare, la costruzione di una flow-chart operativa. È stata, inoltre, definita una sezione specifica dedicata all'ambito perinatale e neonatale. Il progetto si è innestato in un percorso di formazione e sensibilizzazione che ha coinvolto il personale dell'ospedale pediatrico in tre edizioni formative dedicate alle scale di valutazione e in un corso rivolto al personale infermieristico.

Anno 2024: stesura PDTA.

RISULTATI: L'esito principale del lavoro è stato la progettazione di un PDTA interistituzionale che possa definire criteri clinici e contestuali per un'appropriata segnalazione dei pazienti ai servizi di CPP intra ed extraospedalieri, distinguere il percorso dei pazienti già noti da quelli di nuova valutazione e fornire indicazioni operative per la transizione dei pazienti verso l'hospice o l'équipe di CP-dom.

Il documento include una flow-chart di sintesi che accompagnerà i professionisti nella valutazione del caso e nella scelta del setting più adeguato, valorizzando il confronto tra le diverse équipe.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'esperienza ha contribuito a rafforzare il riconoscimento del valore delle CPP anche in contesti ad alta complessità clinico-assistenziale (es. terapie intensive neonatali o reparti chirurgici). La collaborazione tra i due enti ha permesso di avviare un percorso che vuole rendere più fluidi i passaggi di setting, contribuendo a evitare discontinuità nella PIC.

Dal gennaio 2025, l'alleanza tra i due enti si è concretizzata anche a livello operativo, attraverso una giornata mensile in cui un medico e un infermiere dell'équipe di CPP territoriale supportano i colleghi del servizio di CPP intraospedaliero per valutazioni e consulenze interne.

CONCLUSIONI: La nostra esperienza conferma quanto la costruzione condivisa di percorsi tra ospedale e territorio sia determinante per garantire continuità, efficacia e centralità della cura nei percorsi di CPP. L'integrazione tra un servizio ospedaliero e uno territoriale, attraverso la definizione congiunta di criteri, strumenti e processi, sta rendendo possibile un modello assistenziale più coeso, appropriato e orientato ai bisogni reali dei pazienti e delle loro famiglie. L'approccio adottato, centrato sulla coprogettazione tra professionisti di differenti ambiti, ha permesso non solo di progettare un documento operativo, ma anche di generare un cambiamento culturale e organizzativo, promuovendo una visione condivisa della cura come processo continuo e integrato.

Nel corso del 2025, il progetto proseguirà con l'obiettivo di formalizzare il PDTA, consolidare l'integrazione tra le due realtà e attivare un sistema di monitoraggio dei percorsi e raccolta di outcomes di esito, relativi all'efficacia e alla qualità percepita dell'intervento.

BIBLIOGRAFIA:

- Benini F, Papadatou D, Bernadà M, Craig F, De Zen L, Downing J, Drake R, Friedrichsdorf S, Garros D, Giacomelli L, Lacerda A, Lazzarin P, Marcegaglia S, Marston J, Muckaden MA, Papa S, Parravicini E, Pellegatta F, Wolfe J. International Standards for Pediatric Palliative Care: From IMPaCC to GO-PPaCS. *J Pain Symptom Manage*. 2022 May;63(5):e529-e543.
- De Zen L, Peri F, Catalano I, Gabrielli M, Rizzi B, Valente EP, Zamagni G, Recchia A, Visconti G, Pellegatta F. Translation and cultural adaptation of the Italian version of the Paediatric Palliative Screening Scale. *Eur J Pediatr*. 2024 Sep;183(9):4139-4143.
- Holder P, Coombes L, Chudleigh J, Harding R, Fraser LK. Barriers and facilitators influencing referral and access to palliative care for children and young people with life-limiting and life-threatening conditions: a scoping review of the evidence. *Palliat Med*. 2024 Oct;38(9):981-999.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TELEMEDICINA COME STRUMENTO DI CONSULENZA IN RSA: UN PROGETTO PILOTA

Viviana Pedone¹, Gianmaria Brambilla¹, Eleonora Quarenghi¹, Anna Lisa Minuti², Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, ITALY, ²FONDAZIONE BELLANI, Monza, ITALY

SCOPO: Scopo del lavoro è illustrare un progetto sviluppato in Regione Lombardia e condiviso, nel 2024, tra un Servizio di Cure Palliative (CP) e una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA).

In Lombardia, le RSA rappresentano uno dei principali luoghi dove le persone trascorrono l'ultimo tratto della propria vita. I dati riferiti al 2021 (Osservatorio Settoriale sulle RSA, rappresentativi di oltre 7.000 posti letto) evidenziano un tasso di mortalità annuo del 21,5% e nei primi 30 giorni del 10,1% (1). Le RSA, configurandosi come la casa in cui trascorrere gli ultimi mesi o anni della propria esistenza, per la maggior parte degli Ospiti rappresentano anche il luogo naturale dove morire e poter ricevere adeguata assistenza di CP in accordo con quanto espresso nella legge 38/2010 e recepito dalle regioni. In Lombardia, la DGR X/5918/2016 (2) riconosceva la necessità di introdurre le CP nelle RSA, affidando alle Unità di CP Domiciliari (UCP-dom) il supporto consulenziale. Quest'ultimo aspetto, tuttavia, non è stato mai normato. D'altro canto, ai professionisti che lavorano in RSA, e che spesso riconoscono la necessità di una formazione mirata soprattutto nella gestione del fine vita, non è richiesta una specifica competenza in CP: non sempre essi possiedono gli strumenti utili per riconoscere e gestire il bisogno di CP.

Dall'incontro tra una RSA, la cui direttrice sociosanitaria ha mostrato un particolare interesse alle CP, e un servizio di CP che eroga assistenza domiciliare sul medesimo territorio è nata, nel 2023, l'idea di sviluppare un progetto condiviso e strutturato in diverse fasi che portasse nel tempo, grazie a un rapporto di teleconsulenza da parte dell'UCP-dom, alla diffusione delle CP in RSA – anche attraverso la definizione e la stesura della Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) – con conseguente implementazione delle competenze di tutti i professionisti coinvolti.

METODO: Dopo un percorso di circa 6 mesi (fine 2023-inizio 2024) necessario per la definizione degli obiettivi e lo studio di fattibilità del progetto pilota tra due strutture operanti sullo stesso territorio (RSA: 188 posti letto comprensivi di nucleo Alzheimer; servizio di CP con UCP-dom e hospice), avuto il benestare di entrambe le Direzioni, è stata stipulata una convenzione per definire obiettivi, tempistiche di lavoro e responsabilità reciproche. Il progetto pilota si è sviluppato nel corso del 2024 attraverso due fasi.

A. Formazione di base in CP per gli operatori RSA (medici, infermieri/e, fisioterapisti/e, ASA, educatori/trici): corso residenziale accreditato ECM (nove ore, tre giornate) in duplice edizione; docenti: medico, infermiera e assistente sociale UCP-dom.

B. Teleconsulenza a cadenza settimanale da parte di infermiera e medico palliativista con la possibilità di effettuare visite dirette in struttura nei casi più complessi dal punto di vista clinico-assistenziale oppure per la gestione di eventuali relazioni difficili con i familiari.

RISULTATI: Alla formazione di base 'CP in RSA' (marzo 2024) hanno partecipato 47 professionisti (circa il 30% del personale RSA) equamente distribuiti tra i diversi nuclei operativi. Durante gli incontri vi è stato un confronto continuo tra docenti e discenti che ha permesso di calare nella quotidianità dell'assistenza in RSA i principi delle CP appresi a lezione.

In aprile 2024, i responsabili della RSA hanno reso partecipi della nuova collaborazione con il servizio di CP Ospiti e familiari spiegando ragioni, obiettivi e modalità.

Dal mese di maggio 2024 sono state avviate le teleconsulenze vere e proprie. Nel corso dei primi otto mesi (maggio-dicembre 2024), sono state effettuate 28 teleconsulenze da parte dell'infermiera e del medico palliativista a favore di 14 Ospiti soprattutto per supporto nelle scelte terapeutiche (gestione del dolore in primis e riconciliazione terapeutica conseguente alla ridefinizione degli obiettivi di cura). Per 7 Ospiti, inoltre, è stata necessaria una visita in presenza da parte dell'infermiera e del medico palliativista: il motivo prevalente, in questi casi, è stata la necessità di supporto nella comunicazione con la famiglia in difficoltà verso un percorso di consapevolezza e accettazione dell'avvicinarsi del fine vita del proprio caro.

In 6 ulteriori casi, la richiesta di teleconsulenza è stata fatta per un'analisi ex post del percorso di fine vita gestito senza il supporto dell'équipe di CP.

Al 31 dicembre 2024, 7 degli Ospiti per i quali era stata richiesta la teleconsulenza risultavano deceduti. Gli stessi hanno avuto un tempo medio di sopravvivenza dalla segnalazione all'équipe di CP di 51 giorni.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CONCLUSIONI: I dati raccolti nei primi otto mesi di collaborazione tra una RSA e un servizio di CP in Regione Lombardia, per quanto ancora in fase di analisi, unitamente al confronto settimanale tra i professionisti delle due realtà, suggeriscono l'importanza e la necessità del supporto da parte di personale esperto in CP al personale delle RSA. Questo al fine di far emergere con maggiore chiarezza il bisogno di CP degli Ospiti, altrimenti mal definito e sottostimato, ma anche per favorire la comunicazione tra il Personale delle RSA e gli Ospiti, quando possibile, e/o i loro familiari quale strumento per avviare un percorso di consapevolezza oltre che realizzare la reale condivisione delle scelte assistenziali e terapeutiche cui, inevitabilmente, si deve far fronte nell'ultimo periodo di vita della persona e dunque imparare a impostare nei tempi giusti quelle conversazioni sui temi ultimi finalizzate alla costruzione di una vera PCC.

La formazione erogata prima dell'avvio della teleconsulenza si è dimostrata essenziale per la buona riuscita dell'intero progetto. Lo strumento della teleconsulenza ha permesso all'équipe di CP di offrire un servizio di qualità capace di stimolare curiosità e nuove domande da cui ripartire con ulteriori approfondimenti su tematiche che sono andate oltre quelle inerenti alla terapia da cui il confronto prendeva inizio. La teleconsulenza, inoltre, si è rivelata uno strumento sostenibile anche dal punto di vista economico, limitando le consulenze in presenza da parte dei palliativisti a quelle strettamente necessarie.

BIBLIOGRAFIA:

1. AAVV. Indicatori di Performance organizzativo-assistenziali trend anni 2010-2021. Osservatorio Settoriale sulle RSA. LIUC Business School. Aprile 2023.
2. Deliberazione Regione Lombardia n. X/5918 del 28-11-2016 "Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario".



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

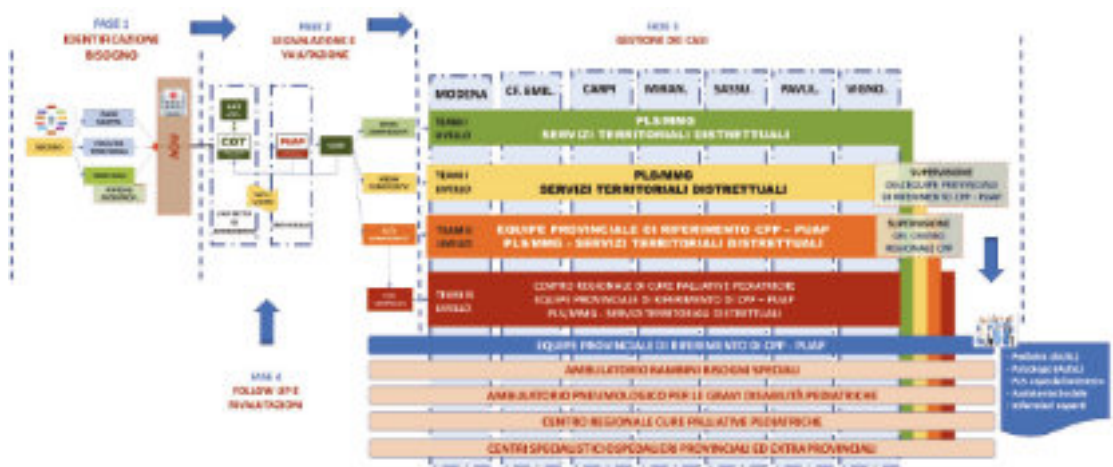


MODELLO DI RETE PROVINCIALE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: INNOVAZIONE NELLA GOVERNANCE E CONTINUITÀ TRA PROFESSIONISTI E SETTING ASSISTENZIALI

Sofia Iavarone¹, Francesco Torretta², Maria Elena Guerzoni³, Paola Torelli⁴, Grete Pozzetti⁵, Rossana Brogna⁶, Barbara Caviochi⁷, Maria Amitrano⁸, Emanuele Ferraro⁹, Rosa Pedace¹⁰, Fabiana Pinotti¹¹, Federica Sabbioni¹², Sofia Alejandra Lamm¹³, Giulia Salvoli¹⁴, Simona Fiacchini¹⁵, Matteo Lauriola¹⁶

¹Ausl Modena, Carpi, Italy, ²Ausl Modena, Carpi, Italy, ³Aou Modena, Modena, Italy, ⁴Ausl Modena, Sassuolo, Italy, ⁵Ausl Modena, Modena, Italy, ⁶Ausl Modena, Carpi, Italy, ⁷Ausl Modena, Mirandola, Italy, ⁸Ausl Modena, Sassuolo, Italy, ⁹Ausl Modena, Vignola, Italy, ¹⁰Ausl Modena, Castelfranco Emilia, Italy, ¹¹Ausl Modena, Pavullo, Italy, ¹²Ausl Modena, Modena, Italy, ¹³Ausl Modena, Modena, Italy, ¹⁴Ausl Modena, Modena, Italy, ¹⁵Ausl Modena, Modena, Italy, ¹⁶Ausl Modena, Modena, Italy

SCOPO: La Rete Provinciale di Cure Palliative Pediatriche (CPP) nasce per offrire una risposta coordinata, precoce e multidimensionale ai bisogni complessi dei minori affetti da patologie croniche inguaribili e delle loro famiglie. Il progetto, avviato nel settembre 2023 e tuttora in evoluzione, si sviluppa in un contesto sanitario articolato, che coinvolge più aziende sanitarie su scala provinciale e si integra all'interno di una cornice regionale dove è attivo un Centro Regionale di riferimento per le Cure Palliative Pediatriche. Questa complessità organizzativa richiede un forte impegno nella costruzione di alleanze, nella condivisione di linguaggi e modelli operativi, e nella definizione di percorsi assistenziali coerenti e integrati. L'obiettivo principale è garantire qualità della vita, appropriatezza clinica e continuità assistenziale, attraverso un modello integrato, in linea con le normative nazionali e regionali. Elemento fondante della rete è stata la necessità di superare la frammentazione organizzativa e clinica, integrando in un unico percorso condiviso tutti quei servizi e professionisti – ospedalieri, territoriali e specialistici – che si occupano della presa in carico di questa casistica complessa e a bassa prevalenza.



METODO: Al centro del modello operativo si colloca l'équipe provinciale di CPP con funzioni di Punto Unico di Accesso Pediatrico (PUAP), composta da infermieri territoriali, pediatri specialisti, psicologi, assistenti sociali e un Pediatra di Libera Scelta con "special interest" in cure palliative pediatriche. Tutti i componenti dell'équipe sono adeguatamente formati per garantire una presa in carico competente e coerente. L'équipe gestisce la prima valutazione di appropriatezza delle segnalazioni ricevute dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) e, qualora necessario, attiva l'Unità di Valutazione Multidimensionale Pediatrica (UVMP) per la redazione del Piano Assistenziale Individualizzato (PAI). La segnalazione può essere effettuata da qualsiasi professionista che intercetti un potenziale bisogno di cure palliative pediatriche.

La rete è organizzata su tre livelli di intensità assistenziale:

- il primo livello, guidato dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), coinvolge tutti i professionisti della salute nell'applicazione dei principi generali delle CPP nei casi meno complessi;
- il secondo livello, sempre guidato dal PLS, prevede il coinvolgimento di équipe ospedaliere e territoriali con competenze specifiche in CPP, con supporto diretto dell'équipe provinciale CPP;
- il terzo livello prevede la presa in carico diretta da parte dell'équipe provinciale CPP, nei casi ad alta complessità clinico-assistenziale, sotto la supervisione del Centro Regionale di CPP.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

A supporto del funzionamento della rete è attivo un sistema strutturato di supervisione e intervizione, finalizzato a garantire coerenza, qualità e supporto professionale continuo.

RISULTATI: La formalizzazione della rete ha consentito di definire in modo chiaro nodi e interfacce (COT, PUAP, UVMP), rafforzare la presa in carico multidimensionale e sviluppare percorsi assistenziali, riabilitativi e psicologici basati sulla stratificazione della complessità. L'integrazione funzionale tra servizi territoriali, ospedalieri e specialistici ha permesso un utilizzo più strategico delle risorse e un miglioramento complessivo della qualità delle cure.

I dati dei primi tre mesi di attività della rete (novembre 2024 – gennaio 2025) mostrano un incremento del 37% delle segnalazioni rispetto allo stesso periodo del 2023, con un aumento del 20% delle prese in carico. Si registra inoltre un aumento del 75% delle valutazioni a distanza, a testimonianza di una maggiore capacità di risposta, anche in termini di accessibilità e tempestività.

CONCLUSIONI: La Rete Provinciale di Cure Palliative Pediatriche rappresenta un'esperienza avanzata di governance clinica interaziendale, fondata sulla collaborazione tra professionisti e servizi, sull'attivazione precoce delle cure e sulla costruzione di percorsi personalizzati. Il modello integrato realizzato promuove sostenibilità, replicabilità e centralità del bambino e della sua famiglia/caregivers, costituendo una base solida per l'evoluzione futura delle cure palliative pediatriche, sia a livello regionale, in sinergia con il Centro Regionale di riferimento, sia nel più ampio scenario nazionale.

BIBLIOGRAFIA:

- Legge 38/2010 – Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- DGR-RER857/2019 – Assetto della rete delle cure palliative pediatriche dell'Emilia-Romagna.
- Legge 219/2017 – Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento.
- DM 77/2022 – Modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN.
- DGR-RER1185/2021 – Accredito della Rete di Terapia del dolore e Cure Palliative Pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
**EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**

INSERITI NELLE SESSIONI

DALLA TEORIA ALLA PRATICA: SVILUPPO DI UNA COMPASSIONATE COMMUNITY ATTRAVERSO IL COINVOLGIMENTO DEGLI STAKEHOLDER

Cinzia Cavalli¹, Irene Barbieri², Giulietta Luul Balestra³, Silvia Bertolotti⁴, Elisabetta Bertocchi⁵, Loredana Buonaccorso², Marta Perin⁶, Silvia Tanzi⁵

¹Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia Facoltà di Medicina e Chirurgia, Modena e Reggio Emilia, Italia, ²Psycho-oncology Unit, Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia, Italia, ³Qualitative Research Unit, Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia, Italia, ⁴CSVEmlia ODV, Reggio Emilia, Italia, ⁵Palliative Care Unit, Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia, Italia, ⁶Legal Medicine and Bioethics, Azienda USL-IRCCS, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Le compassionate community (CC) sono un modello di salute pubblica che riconosce l'importanza del prendersi cura gli uni degli altri. Incoraggia la partecipazione comunitaria nella cura delle persone in quanto responsabilità non solo dei servizi sanitari e sociali ma di tutti. Sono iniziative diverse ed eterogenee, fondate sul presupposto essenziale che la morte, l'assistenza nelle malattie gravi e il lutto sono processi naturali e universali, che richiedono risposte sociali. (1)

Le CC rappresentano spazi in cui individui, reti e istituzioni collaborano con impegno per migliorare le condizioni, la salute e il benessere di coloro che si trovano ad affrontare gravi malattie, la morte, il lutto e il dolore. (2)

Nonostante ci sia consenso sull'importanza del coinvolgimento e della partecipazione della comunità nelle CC pochi studi hanno descritto in maniera sistematica il processo di sviluppo e implementazione delle CC. Il progetto INVITA!, il cui obiettivo è la costruzione della prima CC in Italia, prevede quattro fasi: I Scoprire e Valutare; II Focalizzare e Impegnarsi; III Costruire e Lanciare; IV Valutare e Sostenere.

Nella I fase del progetto si è costituito un gruppo di progetto con ricercatori e associazioni di volontariato, coordinato dal terzo settore. Si è mappato il profilo di ciascun partner tramite interviste semi-strutturate. Sono stati esplorati i bisogni e le risorse del territorio legati alle cure di fine vita. Sono state organizzate sessioni di formazione sulla ricerca qualitativa e implementato un sondaggio sulla percezione della popolazione generale sulle cure palliative, sulla morte e sulla propensione a farsi vicino.

Lo scopo di questa II fase sarà definire la missione, gli obiettivi, le finalità del progetto con gli stakeholder e quello della III fase sarà, almeno parzialmente nel 2025, implementare progressivamente le attività identificate nel precedente processo di co-creazione per attivare la CC nelle aree individuate.

METODO: Abbiamo utilizzato un approccio partecipativo con diversi stakeholders, sviluppato in diverse fasi. Inizialmente con la creazione di gruppi di lavoro tematici con un metodo di lavoro focalizzato su ambiti specifici. Successivamente con il coinvolgimento degli stakeholder e la loro suddivisione negli stessi. Ogni gruppo ha avuto autonomia nello sviluppare idee e proposte all'interno del quadro generale del progetto attraverso un processo di co-costruzione mirato al coinvolgimento attivo degli stakeholders nella generazione di soluzioni e strategie. I lavori di gruppo hanno portato alla traduzione di idee in azioni concrete con un orientamento alla produzione di risultati pratici e con un approccio basato sull'evidenza dei bisogni in cui i risultati di una fase plasmano le azioni della successiva. È seguita una fase strategica di disseminazione mirata a diversi pubblici con la pianificazione di due eventi distinti per la presentazione congiunta e la condivisione dei risultati con un approccio collaborativo anche nella fase di comunicazione e con il coinvolgimento del territorio attraverso un approccio creativo per la sensibilizzazione e il coinvolgimento della comunità attraverso l'arte.

Resta centrale il processo partecipativo che viene valutato contestualmente con una metodologia qualitativo-descrittiva che consente di monitorare le azioni dei diversi gruppi di lavoro attraverso l'utilizzo di uno strumento: una griglia di osservazione costruita ad-hoc per analizzare la partecipazione, il coinvolgimento, le dinamiche di presa di decisione e co-costruzione tra gli stakeholders. La griglia di osservazione è utilizzata da monitor esterni nel corso di ogni incontro dei gruppi di lavoro nel corso del 2025. Sono previsti quattro focus group (due per gruppo) all'inizio e alla fine del 2025. I dati raccolti saranno analizzati attraverso analisi tematica.

RISULTATI: Dopo la prima fase del progetto si sono costituiti quattro gruppi di intervento formati dagli stakeholders per interesse e competenza, che hanno sviluppato rilanci su quattro ambiti: Cultura, Tutele e Diritti, Informazione/Comunicazione e Formazione.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Il lavoro dei singoli gruppi, proseguito separatamente, ha portato allo sviluppo di idee, proposte e iniziative, quali un evento teatrale, attività strutturate con le scuole, la costruzione di un core curriculum e di una formazione del volontario. Invita, la piattaforma web con informazioni sui partners, servizi e risorse del territorio costruita a partire dai bisogni emersi dai risultati dei primi 2 anni di studio.

Questa seconda fase culminerà in due eventi: il primo rivolto alle istituzioni locali (Comuni, Ausl, farmacie, scuole, parrocchie, finanziatori, nonché ai partners coinvolti nel progetto e altri presenti sul territorio ma non ancora coinvolti) a cui verranno presentate la missione e la visione della comunità assistenziale attraverso la presentazione congiunta, di partners e ricercatori, dei risultati delle analisi dei dati della prima fase del progetto e i primi rilanci a breve, medio e lungo termine sul territorio; il secondo, di sensibilizzazione, rivolto alla cittadinanza e nell'occasione la presentazione di un prodotto artistico, frutto del processo di co-costruzione del gruppo di lavoro dell'ambito Cultura.

Saranno presentati al congresso i risultati del processo partecipativo della prima CC italiana. Particolarmente rilevanti e rappresentativi del lavoro svolto saranno due dei quattro ambiti di intervento: Gruppo Cultura e Gruppo Tutele e Diritti che rispettivamente promuovono la cultura del fine vita nella popolazione e la conoscenza sui diritti di pazienti e famigliari che affrontano un percorso di fine vita.

CONCLUSIONI: Il coinvolgimento degli stakeholder nel processo di co-costruzione di una CC porta alla loro attivazione e produttività con un orientamento all'azione dei gruppi di lavoro, allo sviluppo di strumenti e iniziative concrete, nonché alla strategia di coinvolgimento del territorio e della comunità.

La centralità del processo partecipativo sottolinea l'importanza attribuita all'approccio collaborativo e al coinvolgimento degli stakeholder nel raggiungimento degli obiettivi del progetto.

BIBLIOGRAFIA:

(1) D'Eer L, Sallnow L. Compassionate Communities: contemporary tensions and challenges. *Ann Palliat Med*. 2024 Jan;13(1):5-9. doi: 10.21037/apm-23-553. Epub 2023 Nov 24. PMID:38073297.

(2) Vanderstichelen S, Dury S, De Gieter S, Van Droogenbroeck F, De Moortel D, Van Hove L, Rodeyrs J, Aernouts N, Bakelants H, Cohen J, Chambaere K, Spruyt B, Zohar G, Deliens L, De Donder L. Researching Compassionate Communities From an Interdisciplinary Perspective: The Case of the Compassionate Communities Center of Expertise. *Gerontologist*. 2022 Nov 30;62(10):1392-1401. doi: 10.1093/geront/gnac034. PMID:35263765.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IO GENITORE, COMPAGNO DI GIOCO: UN TRAINING PER FAVORIRE L'EMPOWERMENT GENITORIALE NELLA SMA

Myriam Rauso¹, Marta Benatti¹, Laura Bernasconi¹, Cesare Del Monaco¹, Mirea Negri¹, Elena Pagliaccia¹, Chiara Mastella¹, Maria Antonella Costantino¹

¹Fondazione IRCCSCa'Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano, Italia

SCOPO: Nell'esperienza clinica trentennale nel lavoro con i genitori di bambini con SMA e patologie neuromuscolari, prognosi invalidante, è stata osservata una fatica da parte dei genitori a dedicare un tempo al gioco di relazione, che non implichi un'attenzione specifica di tipo riabilitativo. Lo scopo del presente abstract è quello di descrivere un training mirato a promuovere l'empowerment genitoriale e facilitare la relazione genitori-figli in un'ottica di prevenzione dell'insorgenza di disturbi del neurosviluppo.

Attraverso l'integrazione dell'approccio family-centred care e play-based, il protocollo è stato strutturato in un parent training organizzato in colloqui e focalizzato sul gioco. L'affiancamento ai genitori di un'équipe multidisciplinare ha garantito supporto pratico al caregiver, al fine di sostenere l'attività di gioco in un'ottica evolutiva.

Scopo secondario di tale esperienza sarà quello di trasferire gli esiti di questo protocollo in termini di empowerment e sperimentazione di attività di gioco di gruppo tra pari.

METODO: Lo studio, di tipo descrittivo-osservazionale, ha previsto la partecipazione dei genitori a incontri di training con cadenza mensile. A supporto del training sono stati sviluppati e resi fruibili per i genitori un sito web e una brochure esemplificativi, dal titolo "Io Genitore Compagno di gioco".

Sono stati somministrati i seguenti strumenti: intervista strutturata per il funzionamento adattivo Vineland-II, e due strumenti creati ad hoc, SMA-Checklist (4 aree d'indagine: posture e possibilità di movimento, schemi manuali, interazione con l'ambiente, gioco con punteggio Likert da 0 a 2) e Questionario Genitori SMA&GIOCO (3 aree d'indagine: le mie aspettative di genitore, io genitore compagno di gioco, io genitore spettatore, con valutazione qualitativa e quantitativa, strutturate con domande a risposta aperta che multipla). La somministrazione è avvenuta a distanza di 6 mesi (T0 e T1).

Il campione sperimentale è composto da 16 genitori di famiglie con figli affetti da Atrofia Muscolare Spinale di tipo I - Werding Hoffman con un'età compresa tra i 9 e i 36 mesi.

VINELAND-II			
COMUNICAZIONE	ABILITÀ VIVERE QUOT.	SOCIALIZZAZIONE	ABILITÀ MOTORIE
0,1	0,25	10,9	-7,4
SMA-Checklist			
POSTURE E POSS. MOV.	SCHEMI MANUALI	INTERAZIONE CON AMB.	GIOCO
4,25	9,9	10,6	5,6
Genitori SMA&GIOCO			
ASPETTATIVE	COMPAGNO	SPETTATORE	
0,3	0,8	0,7	

Δ medio T0-T1

RISULTATI: Dal confronto delle risposte fornite dai partecipanti, nei due tempi di somministrazione, è stato possibile fare un'analisi descrittivo-qualitativa, che ha tenuto conto degli obiettivi del progetto e delle premesse teoriche raccolte in letteratura.

I punteggi relativi alla comparazione dei risultati ottenuti dalla somministrazione dell'intervista Vineland-II, a T0 e T1, hanno mostrato in tutte le scale un incremento dei punteggi assoluti e il mantenimento o il raggiungimento di un livello adattivo adeguato. L'unica scala che non ha evidenziato miglioramento è la scala motoria, risultato riconducibile alle caratteristiche intrinseche della patologia.

La SMA-Checklist ha riportato, in tutte le aree, un andamento positivo rispetto all'evoluzione delle competenze, soprattutto nell'area Interazione con l'ambiente. Dato particolarmente rilevante risulta essere il punteggio delta positivo nella macroarea motoria, evidenziando come la facilitazione esterna a supporto dell'abilità motoria possa intervenire positivamente nonostante il trend negativo nella funzione motoria assoluta ed intrinseca alla storia naturale della patologia.

Il questionario Genitori SMA&GIOCO ha mostrato un delta positivo, in particolare nella sezione Compagno di gioco, segnalando un maggiore coinvolgimento degli interlocutori.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Il limiti dello studio risiedono nella ridotta numerosità del campione e nell'assenza di validazione standardizzata degli strumenti ad hoc.

CONCLUSIONI: I risultati dello studio risultano particolarmente incoraggianti e mettono in luce il valore del lavoro dell'equipe multidisciplinare quale mediatore della relazione di gioco genitore-bambino. In particolare, il training contribuisce positivamente allo sviluppo comunicativo e relazionale del bambino, aiutando a prevenire un'eventuale traiettoria evolutiva sfavorevole in quest'area, considerata a rischio per i bambini affetti da SMA.

Secondo l'approccio family-centred, l'abilitazione precoce dei genitori e la promozione della cura del loro benessere si dimostrano rilevanti per prevenire un'alterazione della traiettoria evolutiva nel contesto di patologie neuromuscolari. Ulteriori indagini saranno utili a consolidare la robustezza dei risultati ottenuti implementandoli alla promozione di attività di gioco di gruppo tra genitori e bambini con le medesime caratteristiche.

BIBLIOGRAFIA:

- Abrunzo, R. (2021) 'Il gioco nell'intervento neuro e psicomotorio in età evolutiva', Il TNPEE, 3(1).
- Angilletta, I., et al. (2023) 'Spinal Muscular Atrophy: An Evolving Scenario through New Perspectives in Diagnosis and Advances in Therapies', International Journal of Molecular Sciences. Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI).
- Balboni, G., et al. (2016) 'Manuale Vineland Adaptive Behavior Scales. Second Edition'.
- Baranello, G., et al. (2023) 'The emerging spectrum of neurodevelopmental comorbidities in early-onset Spinal Muscular Atrophy', European Journal of Paediatric Neurology. W.B. Saunders Ltd, pp. 67–68.
- Colatei, M.P. e Tagliabue, L. (2021) Codice Deontologico Terapisti della Neuro e Psicomotricità dell'Età Evolutiva.
- Dempsey, J., et al. (2013) 'The effect of a parent training program on children's play', International Journal of Psychology: a Biopsychosocial Approach, 13(13), pp. 117–138.
- Leung, C., et al. (2016) 'The effect of parent education program for preschool children with developmental disabilities: A randomized controlled trial', Research in Developmental Disabilities, 56, pp. 18–28.
- Mas, J.M., et al. (2019) 'Family-centered practices and the parental well-being of young children with disabilities and developmental delay', Research in Developmental Disabilities, 94.
- Masson, R., et al. (2021) 'Brain, cognition, and language development in spinal muscular atrophy type 1: a scoping review', Developmental Medicine and Child Neurology. Blackwell Publishing Ltd, pp. 527–536.
- Nijhof, S.L., et al. (2018) 'Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease', Neuroscience and Biobehavioral Reviews. Elsevier Ltd, pp. 421–429.
- Staccioli, G. (2008) Il gioco e il giocare. Elementi di didattica ludica. Edited by Carocci Editore. Roma.
- Tosi, M., et al. (2023) 'Neurocognitive profile of a cohort of SMA type 1 pediatric patients and emotional aspects, resilience and coping strategies of their caregivers', European Journal of Paediatric Neurology, 43, pp. 36–43.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



VALIDAZIONE DI UN SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ CLINICO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI. RISULTATI FINALI.

Raffaella Bertè¹, Nicoletta Crosignani¹, Cristina Pittureri², Marco Cesare Maltoni³, Luigi Montanari⁴, Elena Amaducci⁵, Marcella Sacco⁶, Paolo Vacondio⁷, Gianfranco Martucci⁷, Fabrizio Zanotto⁸, Votino Clemente⁹, Loretta Gulmini¹⁰, Giusi Di Donato¹⁰, Danila Valenti¹¹, Jacopo Tamanti¹¹, Emanuela Scarpi¹², Storani Simone⁹, Carloni Federica²

¹ AUSL Piacenza, Piacenza, Italia, ² AUSL Romagna, Rimini, Italia, ³ AUSL Romagna, Forlì, Italia, ⁴ AUSL Romagna, Ravenna, Italia, ⁵ AUSL Romagna, Cesena, Italia, ⁶ AUSL Parma, Parma, Italia, ⁷ AUSL Modena, Modena, Italia, ⁸ AUSL Imola, Imola, Italia, ⁹ AUSL Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia, ¹⁰ AUSL Ferrara, Ferrara, Italia, ¹¹ AUSL Bologna, Bologna, Italia, ¹² RCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) Dino Amadori, Meldola, Italia

SCOPO: In letteratura non esistono strumenti validati in lingua italiana per identificare i bisogni complessi dei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia che necessitano di cure palliative domiciliari e determinare il coinvolgimento di equipe di cure palliative (Unità di Cure Palliative Domiciliari – UCPD) con competenze di base e specialistiche per rispondere ai bisogni del paziente e della sua famiglia. Il presente studio prospettico osservazionale multicentrico no profit presenta la validazione di un questionario costruito ad Hoc da un Panel di professionisti appartenenti alla SICPe già sottoposto ad una fase preliminare di valutazione e approvazione dei contenuti.

Obiettivi

- Valutare la validità convergente del questionario.
- Calibrare lo strumento ed ottimizzarne le performance di classificazione.
- Valutare la riproducibilità inter-osservatore.
- Descrivere l'impatto delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche

METODO: Il questionario è stato messo a punto nella prima fase della ricerca attraverso l'effettuazione di uno studio pilota e predisposto su supporto informatico. Le 8 RCP partecipanti hanno individuato nel proprio territorio le Unità di Cure Palliative domiciliari (UCPD) costituite da medico palliativista e infermiere palliativista che sono stati formati per lo svolgimento dello studio. Per ogni paziente arruolato, al termine della visita domiciliare e della predisposizione del PAI (piano assistenziale individualizzato) effettuati come di consueto, Medico Palliativista, infermiere e MMG di riferimento del paziente, dopo la compilazione del questionario, hanno espresso il giudizio sulla più appropriata modalità di presa in carico (di base o specialistica) prima singolarmente e poi in modo collegiale in base ai criteri più probanti in uso nella attuale pratica clinica.

In un secondo tempo, una equipe di confronto costruita ad Hoc e appositamente formata, composta da MMG, medico palliativista e infermiere palliativista, hanno preso in esame il questionario senza visitare il paziente e senza conoscere la decisione finale dell'UCPD. I professionisti dell'equipe di confronto hanno espresso il giudizio sulla più appropriata modalità di presa in carico (di base o specialistica) dapprima singolarmente e poi collegialmente.

Per tutti i pazienti arruolati, successivamente alla valutazione, sono stati osservati indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza nel fine vita e indicatori di consumo delle risorse.

RISULTATI: Dagliugno 2023 a giugno 2024 le UCPD coinvolte hanno arruolato 543 pazienti.

L'associazione tra i singoli item del questionario e l'allocazione del paziente in cure domiciliari di base o specialistiche studiata attraverso l'analisi univariata ha evidenziato una significatività statistica per tutti gli item che compongono il questionario, alla multivariata le caratteristiche che aumentano la possibilità di assegnazione del livello specialistico sono state la presenza di dolore (OR 2.20 IC 95%, da 1.35 a 3.59; p 0.002), la necessità di paracentesi, toracentesi, trasfusioni, medicazioni complesse (OR 1.96 IC 95%, da 1.02 a 3.79; p 0.044), i sintomi non controllati e/o la necessità di rivalutare il paziente almeno 3 volte nell'ultima settimana (OR 7.55 IC 95%, da 4.47 a 12.76; p < 0.0001), le difficoltà del MMG nella gestione terapeutica del caso (OR 2.33 IC 95%, da 1.31 a 4.13; p 0.004) o nel processo decisionale delle scelte di cura (OR 2.89 IC 95%, da 1.70 a 4.93; p < 0.0001). Il questionario è stato calibrato con uno score totale da 0 a 37 ottenendo un AUC ROC 0,8762 (95% CI 0,8468-0,9056), una sensibilità del 80.5 e una specificità del 80.8 con cut off di 14. La



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



riproducibilità inter osservatore sia tra i professionisti dell'UCPD che tra quelli dell'equipe di confronto eccellente (rispettivamente K di Choentra i professionisti della stessa equipe 0,80 - 0,83 - 0,88; 0,90 - 0,92 - 0,90). La concordanza tra UCPD e equipe di confronto è stata moderata (K di Cohen 0,43 da 0,35 a 0,50).

CONCLUSIONI: Il nuovo questionario è di facile e veloce compilazione, calibrato con punteggi e cutoff di riferimento, riproducibile, sensibile e specifico. Sarà necessario rimodulare alcuni item per migliorare la capacità di assorbire le complessità organizzative. Richiede una sessione formativa prima dell'utilizzo. L'analisi degli outcome attualmente in corso permetteranno di descrivere l'impatto delle cure palliative domiciliari di base e specialistiche sui pazienti arruolati e di formulare riflessioni sulla capacità del questionario di rispecchiare la complessità assistenziale.

Gli indicatori per la valutazione della qualità dell'assistenza nel fine vita selezionati e quelli di consumo delle risorse verranno valutati sia prospetticamente a partire dall'arruolamento nello studio (a 15 e a 30 giorni), sia retrospettivamente a partire dalla data di decesso (a 15 e a 30 giorni). I dati verranno osservati in base all'assegnazione del livello base o specialistico secondo i giudizi espressi dall'UCPD e dall'equipe di confronto, generando di fatto 4 gruppi: 2 gruppi rappresentanti la concordanza tra le due equipe (ADI specialistica e ADI di base) e 2 gruppi relativi ai pazienti su cui non si è giunti alla concordanza tra le due equipe.

BIBLIOGRAFIA: C. Magnani CP. Gruppo Di Lavoro FCP-SICP "Complessità e Reti Di Cure Palliative."; 2019. Pittureri C, Crosignani N, Orlandini F, et al. Misurare la complessità e il bisogno di cure palliative specialistiche al domicilio del paziente oncologico in fase avanzata di malattia. Primo step di validazione di un questionario in lingua italiana. *Rivista italiana di cure palliative* 23: 1-13. 2021;23(2):1-13.
Grant M, de Graaf E, Teunissen S. A systematic review of classifications systems to determine complexity of patient care needs in palliative care. *Palliat Med.* 2021;35(4):636-650. doi:10.1177/0269216321996983
Cerullo G, Videira-Silva A, Carrancha M, Rego F, Nunes R. Complexity of patient care needs in palliative care: a scoping review. *Ann Palliat Med.* 2023;12(4):791-802. doi:10.21037/apm-22-894
Ohinata H, Aoyama M, Miyashita M. Complexity in the context of palliative care: a systematic review. *Ann Palliat Med.* 2022;11(10):3231-3246. doi:10.21037/apm-22-623



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

UN PROGRAMMA DI EARLY PALLIATIVE CARE IN PAZIENTI CON FIBROSI POLMONARE IDIOPATICA

Anna Maria Cuomo¹, Letizia Ronchi¹, Ilaria Bassi², Aldo Guerrieri², Chiara Rizzelli¹, Maria Cristina Liotti¹, Stefania Pastorello³, Serena Paoletti¹, Maria Coppola¹, Danila Valenti¹

¹ UOC Rete Cure Palliative - AUSL di Bologna, Bologna, Italia, ² Respiratory and critical Care Unit IRCCS Azienda Ospedaliera Universitaria di Bologna, Bologna, Italia, ³ Rete Cure Palliative AUSL Ferrara, Bologna, Italia

SCOPO: Le Cure Palliative per molto tempo sono state dedicate ai pazienti affetti da neoplasie ora però anche malati non oncologici, affetti da patologia cronica con prognosi sovrapponibile a quella di una malattia neoplastica, possono beneficiare della presa in carico da parte di un team di palliativisti.

La Fibrosi Polmonare Idiopatica (IPF) è una malattia polmonare cronica progressiva, gravata da un carico sintomatologico elevato e conseguente basso livello di Qualità della vita; la prognosi è altamente sfavorevole con una sopravvivenza media di 3-4 anni dalla diagnosi quindi sovrapponibile a quella di molte malattie oncologiche.

La maggior parte dei pazienti affetti da IPF muore in ospedale anche perché ancora non sono disponibili e fruibili programmi di Cure Palliative (PC) e in particolare non sono disponibili ancora diffusamente programmi di Cure Palliative Precoci (EPC) dedicati a questi pazienti. Lo scopo di questo lavoro è stato determinare, retrospettivamente, l'impatto di un programma di CP precoci nei pazienti con IPF presi in carico dal team di Cure Palliative alla diagnosi, rispetto al luogo in cui sono deceduti, gli accessi al pronto soccorso (PS), le visite mediche specialistiche richieste in urgenza, quindi non pianificate e l'impatto rispetto alla sopravvivenza, prima e dopo l'implementazione delle EPC presso l'Istituto specialistico di afferenza dei pazienti

METODO: Sono stati inclusi nell'analisi i pazienti con IPF dell'Istituto di Pneumologia deceduti tra il 1° gennaio 2018 e il 31 dicembre 2023. Gli outcomes principali erano rappresentati dal luogo di decesso dei pazienti, dal numero dei loro accessi al pronto soccorso e dal numero delle visite mediche specialistiche non pianificate dopo la presa in carico da parte del team di palliativisti; gli outcomes secondari erano rappresentati dalla sopravvivenza dalla diagnosi.

RISULTATI: Nel nostro lavoro sono stati analizzati complessivamente 46 pazienti deceduti per IPF tra il 2018 e il 2023 (età media 71,5 ± 5,5 anni, 89% maschi): 26 pazienti sono deceduti prima dell'inizio del programma di CP precoci e 20 dopo l'integrazione delle EPC con le terapie specialistiche pneumologiche.

L'analisi attraverso X² test, ha permesso di evidenziare che il luogo della morte è significativamente diverso nei due gruppi, mettendo in rilievo come l'inserimento di questi pazienti in un programma di Cure Palliative precoci abbia permesso a questi malati di morire a casa propria o in hospice ($p = 0,02$); allo stesso modo, il numero di visite pneumologiche non pianificate, richieste con urgenza per sintomi non controllati, è risultato significativamente inferiore ($p = 0,03$). Infine, la sopravvivenza è risultata significativamente più bassa nei pazienti che non entravano nel programma CP precoci ($p = 0,01$).

CONCLUSIONI: La disponibilità dell'inserimento in un programma di CP precoci di pazienti affetti da IPF sin dalla diagnosi, ha ridotto significativamente sia il tasso di mortalità in ambito ospedaliero, favorendo la morte dei pazienti in hospice o al loro domicilio, sia il numero di visite mediche specialistiche pneumologiche non programmate. Inoltre, i pazienti affetti da IPF che hanno ricevuto CP precoci hanno mostrato una sopravvivenza più lunga rispetto a quelli che non le hanno ricevute.

BIBLIOGRAFIA: Bajwah S, Higginson IJ, Ross J.R, et al. The palliative care needs for fibrotic: a qualitative study of patients, informal caregivers and health professionals. *Palliat Med* 2013;27(9):869–76. <https://doi.org/10.1177/0269216313497226>.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ACCURATEZZA DELLE PREVISIONI PROGNOSTICHE MULTIPROFESSIONALI NEGLI ANZIANI OSPEDALIZZATI CON FRAGILITÀ SEVERA: EVIDENZE DA UNO STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO

Elena Pinardi, Simona Umidì, Jacopo Usai, Beatrice Tonus, Eleonora Cucini, Emma Esposito, Elisabetta Mangili, Chukwuma Okoye, Paolo Mazzola, Gianlorenzo Scaccabarozzi, Giuseppe Bellelli

¹Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università degli Studi di Milano-Bicocca, Milano, Italia, ²SC Geriatria, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza, Italia, ³SSCure Palliative, Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza, Italia

SCOPO DEL LAVORO:

È noto che nei pazienti fragili vi sia un'elevata prevalenza di bisogni di tipo palliativo e che spesso, tali pazienti trascorrono periodi dell'ultimo anno di vita in ospedale [1,2]. In tale contesto, la determinazione della prognosi a breve termine è fondamentale per adeguare il piano di cura agli obiettivi da perseguire, informare il paziente ed i suoi familiari ed allocare le risorse in maniera appropriata [3]. Tuttavia, questo compito è estremamente complesso e richiede un approccio olistico e multidimensionale. Obiettivi di questo studio sono i) valutare la concordanza tra la prognosi a breve termine stimata dai vari membri dell'équipe sanitaria all'ingresso del paziente in reparto, ii) valutare la capacità predittiva dei sanitari rispetto alla mortalità a breve termine, iii) identificare i fattori indipendentemente associati all'accuratezza della previsione prognostica formulata.

MATERIALI E METODI:

È stato condotto uno studio osservazionale prospettico tra i pazienti consecutivamente ricoverati presso l'UO Geriatria dell'IRCCS Fondazione San Gerardo dei Tintori (Monza, Italia) tra novembre 2023 e febbraio 2024. Sono stati inclusi i pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni e un punteggio di Primary Care Frailty Index (PC-FI) 0.21 o, alternativamente, un punteggio di Comprehensive Geriatric Assessment Frailty Index (CGA-FI) 0.45. Tutti i partecipanti sono stati sottoposti a Valutazione Multidimensionale Geriatrica (VMG) ed a screening per l'identificazione dei bisogni di Cure Palliative tramite NECPAL. In un secondo tempo è stata registrata la mortalità a 30 e 90 giorni. A tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione del paziente è stato chiesto di formulare una previsione della prognosi *quoad vitam* a 1 e 3 mesi utilizzando la domanda sorprendente. La concordanza inter-valutatore rispetto alla prognosi stimata è stata valutata mediante kappa di Fleiss. Per descrivere e comparare la sopravvivenza tra le categorie prognostiche multiprofessionali così identificate (<1 mese, tra 1 e 3 mesi, >3 mesi) sono state utilizzate le curve di Kaplan-Meier. L'accuratezza della prognosi è stata definita come la frequenza con cui la prognosi stimata corrispondeva all'effettiva sopravvivenza. Infine, sono stati applicati modelli di regressione logistica per testare l'associazione tra vari patient-related factors e l'accuratezza prognostica.

RISULTATI:

Sono stati arruolati 117 pazienti, con un'età media di 86.4 (DS 6.2) anni e per la maggior parte di sesso femminile (57.3%). Circa metà di questi (44.4%) è risultato positivo allo screening con NECPAL. Il livello di consenso tra i sanitari è risultato essere moderato sia rispetto alla prognosi ad 1 mese ($k = 0.475$) che a 3 mesi ($k = 0.528$). Per il 39.3% dei pazienti è stata stimata una prognosi <1 mese, per il 18.8% una prognosi tra 1 e 3 mesi, e per il 41.9% una prognosi superiore a 3 mesi. Quarantasette pazienti (40.2%) sono deceduti nel corso del follow-up, il 70% dei quali sono risultati positivi allo screening tramite NECPAL. Le prognosi stimate dai sanitari si sono mostrate in grado di discriminare gruppi di pazienti con aspettativa di vita diversa nel breve termine (log-rank $p < 0.001$), con un'accuratezza complessiva del 60.7% (accuratezza min. 49.7% per la prognosi tra 1 e 3 mesi, accuratezza max. 75.8% per la prognosi ad 1 mese). Nel 29.9% dei casi la prognosi è risultata sottostimata. L'analisi di regressione logistica, corretta per sesso, Charlson Comorbidity Index e severità di malattia, ha mostrato che la presenza di delirium all'ingresso si associava in maniera significativa a una riduzione dell'accuratezza prognostica (OR = 0.38, IC95% 0.16-0.88).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI:

Per i pazienti fragili afferenti al nostro setting di cura, le stime dei sanitari rispetto alla prognosi a breve termine hanno mostrato una moderata concordanza e un livello complessivamente sufficiente di accuratezza, pur con una tendenza alla sottostima. La presenza di delirium è stata evidenziata come fattore confondente la prognosi. Appare quindi necessario incrementare la capacità prognostica dei sanitari ospedalieri fornendo loro indicatori specifici, complementari alla VMG, al fine di migliorare la pianificazione delle cure e la presa in carico dei pazienti con fragilità severa in traiettoria di fine vita.

BIBLIOGRAFIA:

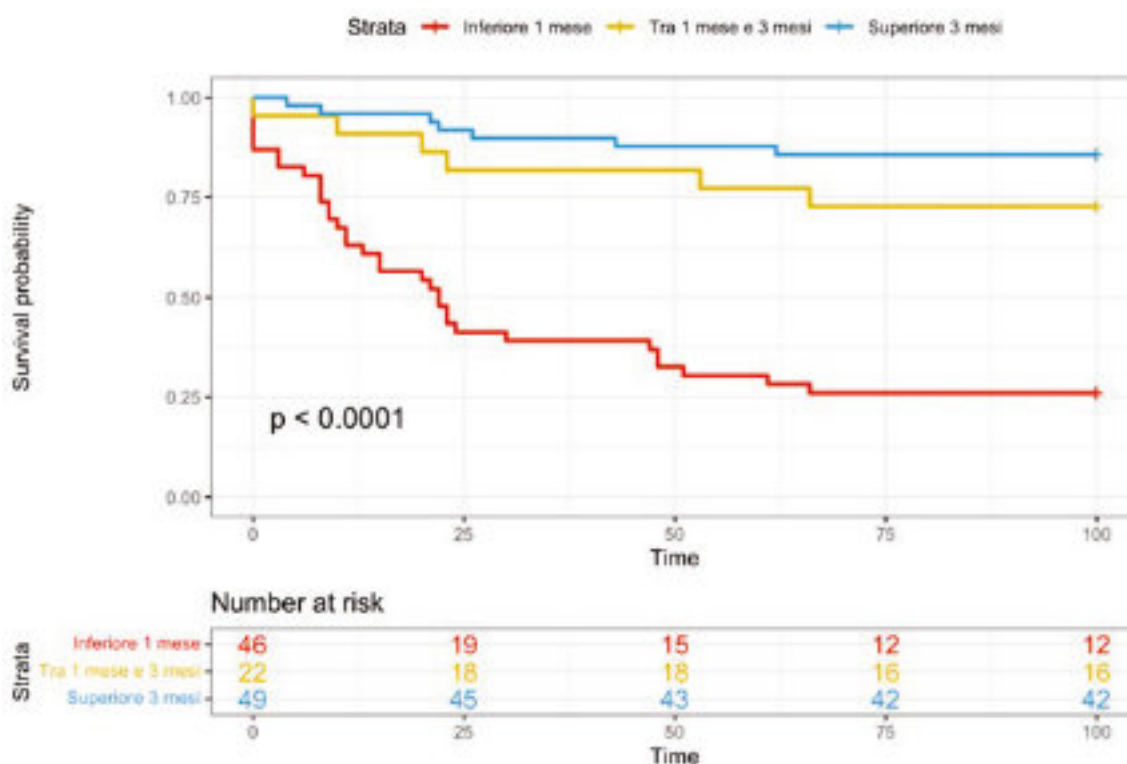
- [1] Stow D, Spiers G, Matthews FE, Hanratty B. What is the evidence that people with frailty have needs for palliative care at the end of life? A systematic review and narrative synthesis. *Palliat Med* 2019;33:399-414. <https://doi.org/10.1177/0269216319828650>.
- [2] Pal LM, Manning L. Palliative care for frail older people. *Clin Med (Lond)* 2014;14:292-5. <https://doi.org/10.7861/clinmedicine.14-3-292>.
- [3] Glare PA, Sinclair CT. Palliative medicine review: prognostication. *J Palliat Med* 2008;11:84-103. <https://doi.org/10.1089/jpm.2008.9992>.

Tabella 1. Prestazioni dei professionisti sanitari per le diverse categorie prognostiche.

Prognosi stimata	Accuratezza (%)	Sensibilità (%)	Specificità (%)	PPV (%)	NPV (%)
<1 mese	75.8	75.0	76.5	58.7	87.3
Tra 1 e 3 mesi	49.7	18.1	81.1	9.1	90.1
>3 mesi	72.6	60.0	85.1	85.7	58.8

PPV=Positive Predictive Value, NPV=Negative Predictive Value

Figura 1. Curve di sopravvivenza di Kaplan Meier per le diverse categorie prognostiche. La sopravvivenza è stata censurata al giorno 90.



**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
**EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE**

VINCITORI

PALLIATIVE-ONCOLOGIC PROGNOSTIC (POP) SCORE: UN'ALTERNATIVA AL PAP SCORE PER LA PREDIZIONE DELLA PROGNOSI NELL'ONCOLOGIA CONTEMPORANEA

Giulio Massa^{1,2}, Gabriele Tinè³, Giulia Picciché¹, Viola Montagnani¹, Dianora Centemero¹, Rosalba Miceli³, Luca Zambelli¹, Ernesto Zecca¹, Augusto Caraceni^{1,2}

¹ Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, SC Cure Palliative, Terapia del Dolore e Riabilitazione, Milano, Italia, ² Dipartimento di Scienze Cliniche e di Comunità, Dipartimento di Eccellenza 2023-2027, Università degli Studi di Milano, Milano, Italia, ³ Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori, SS di Biostatistica per la Ricerca Clinica, Milano, Italia

SCOPO: La predizione prognostica nell'oncologia moderna è sempre più complessa. Ciò è dovuto alla continua introduzione di nuovi trattamenti, capaci di impattare drammaticamente sulla traiettoria di malattia. In questo contesto è fondamentale integrare il giudizio dell'oncologo all'obiettività clinica. Negli anni si è consolidato l'utilizzo del Palliative Prognostic Score (PaP score), uno strumento validato per la stima della sopravvivenza a breve termine in Cure Palliative (CP). La mancanza di un giudizio oncologico rispetto alle chance terapeutiche ancora incisive nella traiettoria di malattia è, attualmente, un limite da integrare. Inoltre, la presenza di test laboratoristici, nonostante apporti oggettività allo score, rischia di rendere la predizione prognostica meno immediata.

Lo studio si pone come obiettivo quello di analizzare il valore prognostico della sospensione della terapia oncologica sistemica nei 30 giorni precedenti l'invio in CP (da non confondere con il fine vita) e sviluppare un modello prognostico basato su cinque variabili cliniche: il Palliative-Oncologic prognostic (PoP) score.

METODO: Studio osservazionale retrospettivo. Sono stati raccolti dati demografici e clinici (es. PaP score, tipo di tumore, performance status, decisione terapeutica oncologica, presenza di versamenti, edema, dispnea, metastasi epatiche, polmonari, peritoneali e pleuriche) di pazienti affetti da cancro avanzato e inviati ad un servizio di CP ambulatoriali. Il periodo di osservazione è compreso tra il 2019 e il 2024. Il PoP score è stato costruito attraverso un modello di Cox multivariato avente come covariate: presenza di edema, performance status, presenza di metastasi peritoneali o epatiche, e recente sospensione della terapia oncologica. Per valutare la capacità predittiva del nuovo indice prognostico, si è svolto uno studio comparativo con il PaP score, in termini di capacità discriminante (attraverso il C-index e l'AUC tempo-dipendente) e calibrazione delle previsioni (attraverso i grafici di calibrazione e il calcolo del Brier Score a 1 e 3 mesi). Per valutare se la differenza di performance fosse statisticamente significativa è stata applicata una tecnica di ricampionamento bootstrap, per stimare le distribuzioni delle differenze tra AUC e Brier Score a 1 e 3 mesi tra i due modelli, i relativi intervalli di confidenza (IC) al 95% e i p-value.

RISULTATI: Su un campione di 759 pazienti il PaP score è risultato ancora significativo (HR 0.93; IC 95%: 0.90–0.95; $p < 0.001$), ma con una capacità discriminativa parziale (C-index: 0.62). In Figura 1 viene mostrato che il PoP score ha una capacità discriminativa superiore sia globalmente (C-index: 0.66) che in ciascun istante temporale testato (AUC sotto la curva ROC pari a 71.0 e 71.8 a 1 e 3 mesi, rispettivamente). Il PaP score ha AUC significativamente più bassi: 64.7 (p-value: 0.05) a 1 mese e 66.7 (p-value: 0.04) a 3 mesi. In termini di calibrazione, il PoP score è risultato superiore a ogni endpoint considerato (0.018 a 1 mese e 0.01 a 3 mesi).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

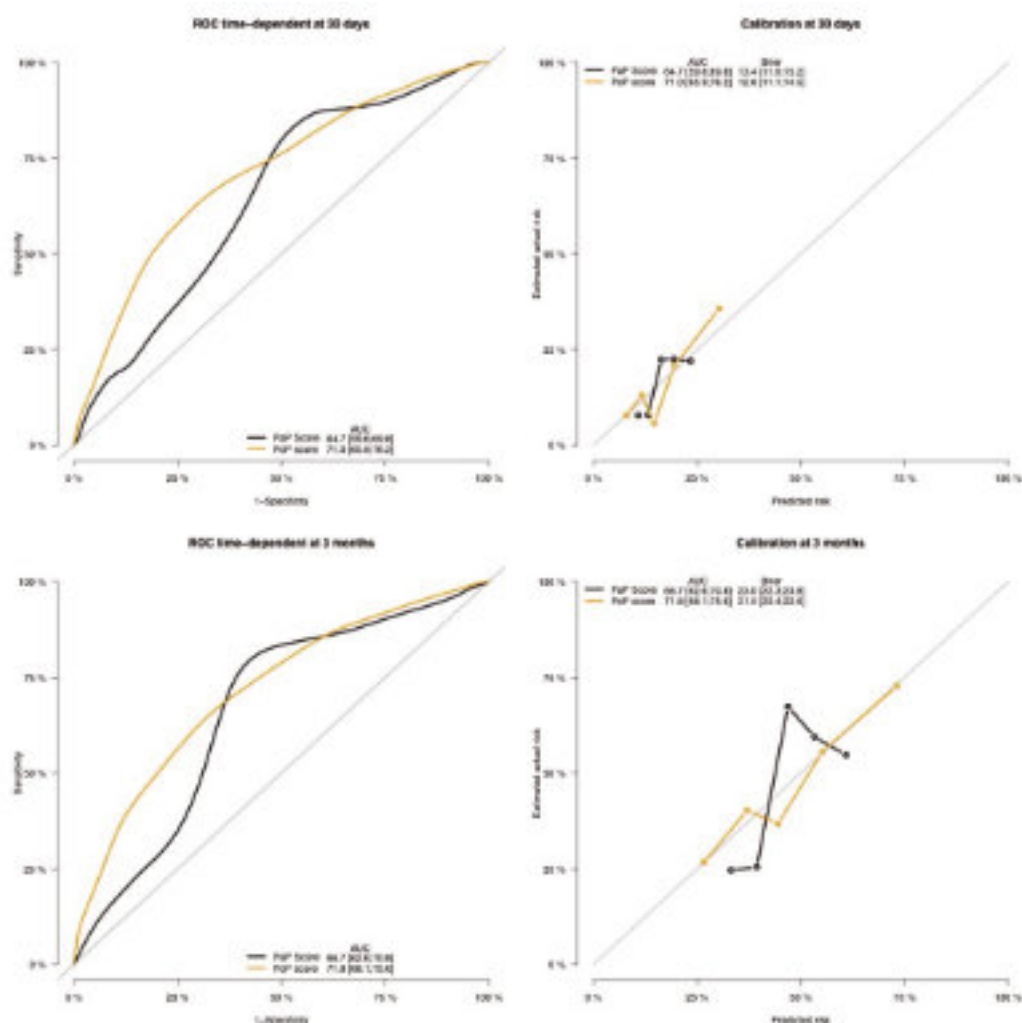


Figura 1. Curve ROC con AUC e calibrazione con Brier score e AUC del PaP (in blu) e PoP (in giallo) score a 1 (in alto) e 3 mesi (in basso).

Tutte le variabili cliniche incluse nel PoP score sono risultate fortemente associate alla prognosi: in particolare, l'Hazard Ratio (HR) per la presenza di metastasi epatiche è risultato pari a 1.58 (95%IC: 1.34, 1.86; $p < 0.001$). L'HR per le metastasi peritoneali è risultato pari a 1.31 (IC95%: 1.09, 1.57; $p = 0.004$) e per gli edemi periferici 1.29 (IC95%: 1.07–1.54; $p = 0.006$). L'essere sottoposti ad un trattamento oncologicamente attivo nel momento di invio in Cure Palliative è risultato un fattore prognostico protettivo (HR 0.74; IC95%: 0.63, 0.88; $p < 0.001$).

Dai risultati di questo studio il PoP score sembrerebbe in grado di fornire previsioni prognostiche più accurate del già consolidato PaP score. Inoltre, la presenza di metastasi epatiche e peritoneali e degli edemi si conferma come fattore prognostico negativo. Questa osservazione è coerente con la letteratura sulle resistenze alle terapie a bersaglio molecolare e immunologiche^{3,4}. Anche la riconferma del valore prognostico degli edemi periferici in CP aggiorna le evidenze nella popolazione attuale⁵.

Il dato riguardante l'associazione tra sopravvivenza e terapia oncologica effettuata nei 30 giorni precedenti l'invio (non nel fine vita) è cruciale. Infatti, la decisione di sospendere un trattamento attivo rappresenta una stima del pensiero oncologico rispetto alla complessità del sistema paziente. In particolare:

- ragionamento disease-centered, come la valutazione del setting (linea di terapia, bersagli molecolari) e delle possibilità terapeutiche (studi clinici, benefici attesi). Proprio per questi aspetti l'oncologo referente di patologia è necessario.
- ragionamento patient-centered, come la predizione clinica prognostica, il performance status, la previsione di tollerabilità, il substrato sociale ed economico e, non ultime, le decisioni del paziente.

In ambulatorio di CP risulta difficile reperire esami ematici aggiornati o avviare una discussione multidisciplinare con i colleghi oncologi. Nella rapidità della visita può essere utile uno strumento basato su variabili cliniche e dove, in attesa di un confronto più diretto, si può approssimare la valutazione oncologica

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

con il dato sulla terapia in corso o sospesa. In questo contesto, il PoPscore è stato sviluppato per fornire delle previsioni prognostiche probabilistiche continue, più patient-centered rispetto alle categorie di rischio (group-centered).

CONCLUSIONI: Nella popolazione oncologica attuale il PaPscore potrebbe avere dei limiti. Il PoPscore, utilizzando variabili cliniche comprendenti la decisione oncologica rispetto alla prosecuzione di terapia, sembra consentire una previsione prognostica rapida e patient-centered.

BIBLIOGRAFIA:

1. Geijteman ECT, Kuip EJM, Oskam J, Lees D, Bruera E. Illness trajectories of incurable solid cancers. *BMJ*. 2024 Mar 1;384:e076625.
2. Maltoni M, Nanni O, Pirovano M, Scarpi E, Indelli M, Martini C, et al. Successful validation of the palliative prognostic score in terminally ill cancer patients. Italian Multicenter Study Group on Palliative Care. *J Pain Symptom Manage*. 1999 Apr;17(4):240–7.
3. Chen EX, Loree JM, Titmuss E, Jonker DJ, Kennecke HF, Berry S, et al. Liver Metastases and Immune Checkpoint Inhibitor Efficacy in Patients With Refractory Metastatic Colorectal Cancer: A Secondary Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA Network Open*. 2023 Dec 5;6(12):e2346094.
4. Ramos C, et al. Metastasis-associated fibroblasts in peritoneal surface malignancies. *Br J Cancer*. 2024 Aug;131(3):407–19.
5. Real S, Cobbe S, Slattery S. Palliative Care Edema: Patient Population, Causal Factors, and Types of Edema Referred to a Specialist Palliative Care Edema Service. *Journal of Palliative Medicine*. 2016 Jul;19(7):771–7.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IMPATTO DEI POLIMORFISMI GENETICI SULLA RISPOSTA AL FENTANYL TRANSDERMICO NEI PAZIENTI ONCOLOGICI – UNO STUDIO BIOLOGICO, PROSPETTICO, MONOCENTRICO.

Marianna Ricci¹, Andrea Carlini^{2,3}, Vincenza Andrisano⁴, Serena Montanari⁴, Paola Cravero², Carla Bettini^{3,5}, Romina Rossi^{3,5}, Andrea Ardizzoni^{3,6}, Oscar Edoardo Corti⁷, Marco Cesare Maltoni^{3,5}

¹ SSD Cure Palliative, AUSL Romagna, Ravenna, Italia, ² Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori 'Dino Amadori', IRCCS, Meldola, Italia, ³ Dipartimento di Scienze Mediche e Chirurgiche, Università di Bologna, Bologna, Italia, ⁴ Dipartimento di Scienze per la Qualità della Vita, Università di Bologna, Rimini, Italia, ⁵ UOC Hospice-Cure Palliative, AUSL Romagna, Forlì, Italia, ⁶ Oncologia Medica, Azienda Ospedaliero Universitaria 'Sant'Orsola-Malpighi', IRCCS, Bologna, Italia, ⁷ Istituto di Ricerche Farmacologiche 'Mario Negri', IRCCS, Milano, Italia

SCOPO: Il dolore cronico rappresenta una delle principali sfide nella gestione del paziente oncologico. Il fentanyl transdermico (TDF) è ampiamente utilizzato per il trattamento del dolore moderato-severo, ma la risposta clinica mostra un'elevata variabilità inter- e intra-individuale. Questo studio si propone di indagare il ruolo dei polimorfismi genetici nella modulazione della farmacocinetica, dell'efficacia e della tollerabilità del TDF.

METODO: È stato condotto uno studio biologico, prospettico e monocentrico su pazienti adulti affetti da neoplasie solide o ematologiche, trattati con TDF per dolore cronico. Campioni ematici sono stati prelevati in cinque intervalli temporali (0, 6, 18, 48, 72 ore) e analizzati mediante gascromatografia-spettrometria di massa (GC-MS) per determinare l'area sotto la curva (AUC), la concentrazione massima (C_{max}) e il tempo al raggiungimento della concentrazione massima (T_{max}) del farmaco. L'intensità della sintomatologia dolorosa è stata valutata a ciascun tempo mediante la Numeric Rating Scale (NRS) e il Brief Pain Inventory (BPI). I pazienti sono stati classificati come responder in caso di riduzione del punteggio NRS pari o superiore a 2 punti, oppure se il valore di NRS al termine dello studio risultava pari a 0; in caso contrario, sono stati considerati non-responder. È stata inoltre eseguita la genotipizzazione di polimorfismi genetici coinvolti nel metabolismo del TDF, inclusi CYP2B6, NAT2, TPMT e UGT2B7. Le analisi statistiche sono state effettuate mediante test non parametrici e modelli multivariati.

RISULTATI: Sono stati arruolati 49 pazienti, con un'età mediana di 65 anni, distribuiti equamente tra i sessi, per la maggior parte affetti da neoplasie in stadio avanzato e trattati con TDF a dosaggi variabili, prevalentemente compresi tra 25 e 50 µg/h. Di questi, 39 (77.5%) sono stati classificati come responder. Tra le variabili cliniche considerate, solo il sesso maschile è risultato significativamente associato ad una maggiore probabilità di risposta ($p = 0.05$). L'AUC media del TDF è risultata pari a 396.1 ± 6.7 ng·h/mL, con una C_{max} raggiunta a 48 ore, senza differenze significative tra responder e non-responder. Polimorfismi nei geni NAT2 e UGT2B7 sono risultati significativamente associati a variazioni nei parametri farmacocinetici AUC e C_{max} ($p < 0.05$). Le varianti del gene TPMT sono risultate correlate alla mancata risposta clinica ($p = 0.009$), mentre i polimorfismi di CYP2B6 si associavano ad una maggiore incidenza di eventi avversi ($p = 0.009$). Non sono state osservate correlazioni significative con T_{max} né con l'uso concomitante di induttori o inibitori enzimatici. Il miglioramento dei punteggi NRS ha mostrato una correlazione positiva con la riduzione dell'interferenza del dolore sulla vita lavorativa e sulle relazioni sociali, valutata tramite BPI.

CONCLUSIONI: Lo studio conferma l'influenza rilevante del profilo farmacogenetico sulla farmacocinetica, sull'efficacia clinica e sulla tollerabilità del TDF nei pazienti oncologici. In particolare, l'identificazione di marcatori genetici predittivi potrebbe infatti guidare strategie terapeutiche più mirate, consentendo una selezione ottimale del trattamento analgesico in base alle caratteristiche individuali del paziente. Ulteriori studi su coorti più ampie saranno necessari per validare questi risultati e favorire l'integrazione nei percorsi clinico-terapeutici.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- BIBLIOGRAFIA: 1. Van den Beuken-van Everdingen MHJ et al. Pain prevalence in cancer patients: a 40-year review. *Ann Oncol*. 2007.
2. Fallon Met al. ESMO guidelines for cancer pain. *Ann Oncol*. 2018.
3. Patocka J et al. Fentanyl and its derivatives. *Heliyon*. 2024.
4. Ahmedzai S, Brooks D. TDF vs oral morphine: a comparative trial. *J Pain Symptom Manage*. 1997.
5. Larsen RH et al. Dermal fentanyl variability. *Pharmacol Toxicol*. 2003.
6. Kuip EJ Met al. Fentanyl PK variability in cancer. *Br J Clin Pharmacol*. 2017.
7. WHO. Cancer Pain Relief. 1986.
8. Kokubun H et al. TDF population PK. *J Pain Palliat Care Pharmacother*. 2012.
9. Thompson JP et al. TDF PK in elderly vs young. *Br J Anaesth*. 1998.
10. Ashburn MA et al. Heated vs non-heated TDF. *J Pain*. 2003.
11. Carlini A et al. TDF in cachexia: a review. *Cancers*. 2024.
12. Takashina Y et al. CYP3A5/ABCB1 polymorphisms and TDF. *Drug Metab Pharmacokinet*. 2012.
13. Barratt DT et al. Genetic determinants of TDF PK. *Pharmacogenet Genomics*. 2014.
14. Gong XD et al. OPRM1/ABCB1 and opioid needs. *Asian Pac J Cancer Prev*. 2013.
15. Rakvag TT et al. COMT variants and morphine use. *Mol Pain*. 2008.
16. Fladvad T et al. UGTs and morphine metabolism. *Pharmacogenet Genomics*. 2013.
17. Andreassen TN et al. CYP2D6 and oxycodone. *Eur J Clin Pharmacol*. 2012.
18. Montanari S et al. TDF PK via GC-MS. *J Pharm Biomed Anal*. 2022.
19. Chiou WL. Trapezoidal rule in PK. *J Pharmacokinetic Biopharm*. 1978.
20. Caraceni A et al. EAPC opioid guidelines. *Lancet Oncol*. 2012.
21. Tassinari D et al. TDF frontline in cancer pain. *Palliat Med*. 2011.
22. Wang DD et al. Meta-analysis on TDF. *J Cancer Res Ther*. 2018.
23. Solassoll et al. TDF variability with repeated use. *Ther Drug Monit*. 2005.
24. Radbruch L et al. TDF in 1005 cancer patients. *Palliat Med*. 2001.
25. Kuip EF. Clinical factors and TDF PK. Dissertation, 2019.
26. Koolen SL, Van der Rijt CC. Pharmacogenetics of TDF dosing. *Pharmacogenomics*. 2017.
27. Greenblatt DJ, von Moltke LL. Gender and CYP3A clearance. *J Clin Pharmacol*. 2008.
28. NCBI. TPMT gene. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/gene/7172>
29. Mu H et al. S-methyltransferases overview. *Biochem Pharmacol*. 2024.
30. Hernández-González O et al. NAT1/2 review. *Gac Med Mex*. 2024.
31. PubChem. UGT2B7 gene info. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/gene/UGT2B7/human>
32. Yang Z et al. UGT2B7 SNPs and fentanyl sensitivity. *Med Sci Monit*. 2020.
33. Langmia I Met al. CYP2B6 variability in populations. *Front Genet*. 2021.

Session Info: PR: PREMISICP11.0: INNOVAZIONE IN RETE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SYMPTOM CLUSTERS NEI PAZIENTI VALUTATI PER RADIOTERAPIA PALLIATIVA UTILIZZANDO IL SISTEMA EDMONTON SYMPTOM ASSESSMENT SYSTEM

Lucia Angelini¹, Andrea Roncadori², Luca Tontini³, Martina Pieri³, Paola Cravero¹, Marianna Ricci¹, Margherita Currà¹, Vanessa Valenti¹, Costanza Maria Donati⁴, Ilaria Massa², Alessio Giuseppe Morganti⁴, Antonino Romeo³, Marco Cesare Maltoni⁵, Romina Rossi⁴

¹ IRCCS IRST Dino Amadori, Palliative Care Unit, Meldola, FC, Italia, ² IRCCS IRST Dino Amadori, Outcome Research, Healthcare Administration, Meldola, FC, Italia, ³ IRCCS IRST Dino Amadori, Radiotherapy unit, Meldola, FC, Italia, ⁴ IRCCS Azienda Ospedaliero-Universitaria di Bologna, Radiation Oncology, Bologna, BO, Italia, ⁵ University of Bologna, Medical Oncology Unit, Department of Medical and Surgical Sciences (DIMEC), Bologna, BO, Italia

SCOPO: La qualità delle cure palliative (CP) si basa sull'identificazione e sulla gestione dei sintomi, in particolare nei pazienti indirizzati alla radioterapia palliativa (PRT). I pazienti oncologici in fase avanzata presentano frequentemente sintomi multipli e concomitanti, con sofferenza sia fisica che psicologica [1-3]. I symptom clusters (SC) sono definiti come due o più sintomi tra loro correlati, presenti contemporaneamente e indipendenti da altri cluster di sintomi [4,5].

L'obiettivo di questo studio era di identificare i SC nei pazienti indirizzati all'ambulatorio multidisciplinare di Radioterapia e Palliazione (ReP), utilizzando l'Edmonton Symptom Assessment System (ESAS).

METODO: Nello studio sono stati inclusi i pazienti valutati per PRT presso l'ambulatorio multidisciplinare ReP tra febbraio 2017 e aprile 2020. Sono state analizzate le scale ESAS compilate alla prima visita. Sono stati inoltre raccolti i dati demografici, la sede del tumore primitivo, le sedi metastatiche e lo stato funzionale (Performance Status). L'ESAS valuta nove sintomi (dolore, stanchezza, nausea, depressione, ansia, sonnolenza, inappetenza, dispnea e benessere generale) su una scala da 0 a 10, dove punteggi più alti indicano un maggior carico sintomatologico. I SC sono stati identificati mediante analisi delle componenti principali (PCA) sugli item dell'ESAS. Inoltre, è stata analizzata la differenza nella distribuzione dei SC tra i pazienti che hanno ricevuto PRT e quelli che non l'hanno ricevuta.

RISULTATI: Su 215 pazienti inclusi, l'età mediana era di 69 anni (range: 37-90 anni), 47% donne e 53% uomini. Il punteggio medio totale dell'ESAS era $24,03 \pm 15,28$. L'analisi PCA ha identificato 3 SC:

Cluster 1: nausea e inappetenza; Cluster 2: stanchezza, sonnolenza, dispnea e benessere generale; Cluster 3: depressione, ansia e dolore.

L'analisi dei SC in base all'indicazione alla PRT ha mostrato una tendenza non significativa che suggerisce un'associazione tra la presenza del Cluster 2 e l'indicazione a fare PRT. Al contrario, un carico sintomatologico psicologico minore è risultato significativamente associato a una maggiore probabilità di ricevere PRT. Quando i sintomi psicologici si presentano insieme al dolore, la tendenza si inverte, con una maggiore probabilità di effettuare RT.

CONCLUSIONI: La nostra analisi suggerisce che una attenta valutazione dei sintomi sia utile per orientare la decisione in merito alla RT palliativa. In particolare, i sintomi psicologici rappresentano un fattore determinante nell'escludere la RT quando non associati al dolore, mentre la presenza di sintomi fisici aumenta la probabilità di intraprendere il trattamento. L'approccio multidisciplinare dell'ambulatorio ReP potrebbe rappresentare una valida risposta al bisogno globale dei pazienti oncologici in fase avanzata.

BIBLIOGRAFIA:

1. Henson LA, Maddocks M, Evans C, Davidson M, Hicks S, Higginson IJ. Palliative Care and the Management of Common Distressing Symptoms in Advanced Cancer: Pain, Breathlessness, Nausea and Vomiting, and Fatigue. *J Clin Oncol*. 2020 Mar 20;38(9):905-914. doi: 10.1200/JCO.19.00470. Epub 2020 Feb 5. PMID: 32023162; PMCID: PMC7082153.
2. He Y, Pang Y, Su Z, Zhou Y, Wang Y, Lu Y, Jiang Y, Han X, Song L, Wang L, Li Z, Lv X, Wang Y, Yao J, Liu X, Zhou X, He S, Zhang Y, Song L, Li J, Wang B, Tang L. Symptom burden, psychological distress, and symptom management status in hospitalized patients with advanced cancer: a multicenter study in



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



China. *ESMOOpen*. 2022 Dec;7(6):100595. doi: 10.1016/j.esmoop.2022.100595. Epub 2022 Oct 14. PMID:36252435; PMCID:PMC9808454

3. Dong ST, Butow PN, Tong A, Agar M, Boyle F, Forster BC, Stockler M, Lovell MR. Patients' experiences and perspectives of multiple concurrent symptoms in advanced cancer: a semi-structured interview study. *Support Care Cancer*. 2016 Mar;24(3):1373-86. doi: 10.1007/s00520-015-2913-4. Epub 2015 Sep 4. PMID:26341520.
4. Dong ST, Butow PN, Costa DS, Lovell MR, Agar M. Symptom clusters in patients with advanced cancer: a systematic review of observational studies. *J Pain Symptom Manage*. 2014 Sep;48(3):411-50. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.027. Epub 2014 Apr 3. PMID:24703941.
5. Kim HJ, McGuire DB, Tulman L, Barsevick AM. Symptom clusters: concept analysis and clinical implications for cancer nursing. *Cancer Nurs*. 2005 Jul-Aug;28(4):270-82; quiz 283-4. doi: 10.1097/00002820-200507000-00005. Erratum in: *Cancer Nurs*. 2005 Sep-Oct;28(5):table of contents. PMID:16046888.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE OPPORTUNITÀ PALLIATIVE NEI PAZIENTI PEDIATRICI AFFETTI DA MALATTIA ONCO-EMATOLOGICA

Giovanna Locatelli¹, Sofia Germinario¹, Martina Piazzalunga¹, Marta Canesi¹

¹Fondazione IRCCS San Gerardo dei Tintori, Monza, Italia

SCOPO: L'American Society of Clinical Oncology raccomanda che le cure palliative (CP) siano integrate a quelle oncologiche entro 8 settimane dalla diagnosi. Tuttavia, una revisione sistematica della letteratura evidenzia come il 54% dei pazienti pediatrici oncologici non acceda a tali cure. Nel percorso di questi pazienti, numerosi sarebbero gli eventi che offrono una cosiddetta "opportunità palliativa". Si tratta di episodi nei quali l'intervento di uno specialista in CP potrebbe migliorare significativamente una sintomatologia presente o la complessiva qualità di vita del paziente e della famiglia. La letteratura identifica nove tipologie di opportunità palliative, suddivise in cinque categorie principali: correlate alla malattia, al trattamento, ai sintomi, alle cure intensive e alla fase di fine vita. Queste opportunità, tuttavia, non tengono conto delle condizioni cliniche contestuali del paziente. In letteratura esistono pochi strumenti validati per valutare la complessità assistenziale dei bambini inguaribili e delle loro famiglie; tra questi, vi è l'ACCAPED. Comprendere la correlazione tra le opportunità palliative e lo score di complessità assistenziale potrebbe aiutare a descrivere meglio la popolazione dei pazienti pediatrici oncologici eleggibili a CP, definendo percorsi più adeguati e impattando positivamente sull'organizzazione in termini di risorse umane e strutturali.

Scopo dello studio è identificare la categoria e i tempi di presentazione (tempo trascorso dalla diagnosi) delle opportunità palliative presentate da pazienti pediatrici con patologia ematologica maligna e/o sottoposti a trapianto di cellule staminali emopoietiche (TCSE) o infusione di CART.

METODO: Studio osservazionale retrospettivo monocentrico condotto su pazienti afferenti alle Unità Operative di Ematologia Pediatrica e Centro Trapianti di Midollo Osseo, deceduti tra gennaio 2017 e dicembre 2022. La raccolta dati si basa sulla revisione della documentazione clinica integrata, a partire dalla presa in carico del paziente fino all'exitus. Verranno registrate le opportunità palliative intercettate lungo il percorso e, per ciascun episodio, sarà calcolato lo score ACCAPED. Sarà inoltre effettuato un confronto tra l'attivazione ideale e quella reale delle CP.

RISULTATI: Sono stati arruolati nello studio 44 pazienti. Tutti hanno presentato, nel percorso di cura, almeno un episodio di opportunità palliativa con punteggio ACCAPED > 29 che non è stato colto. Tutte le categorie di opportunità palliative sono state rappresentate. I risultati mostrano un ritardo nell'attivazione del percorso di CP. Su 44 pazienti, solo per 18 (41%) è stato attivato un percorso di CP; di questi, 5 (28%) nel momento di diagnosi di progressione di malattia, 11 (61%) alla recidiva di malattia, 1 (5%) alla diagnosi di secondo tumore e 1 (5%) per complicanze post TCSE. In tutti i casi, l'attivazione delle CP è avvenuta esclusivamente nella fase di fine vita.

CONCLUSIONI: I dati raccolti confermano quanto riportato in letteratura: l'accesso alle cure palliative avviene in ritardo, con più della metà dei pazienti onco-ematologici esclusi dal percorso, se non negli ultimi giorni di vita. Tutti i pazienti deceduti nel periodo analizzato hanno presentato numerose opportunità palliative, per lo più non colte. L'uso dello strumento ACCAPED si è dimostrato efficace nell'individuazione precoce di tali opportunità, rendendo possibile per il futuro una migliore attivazione della rete di CP e una risposta più adeguata ai bisogni assistenziali dei pazienti e delle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA:

Benini, F., Bellentani, M., Reali, L. et al. (2021) An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy. *Ital J Pediatr* 47, (2021).
<https://doi.org/10.1186/s13052-020>

Cheng, BT, Rost, M, De Clercq, E, Arnold, L, Elger, BS, Wangmo, T. Palliative care initiation in pediatric oncology patients: A systematic review. *Cancer Med*. 2019;8:3–12. <https://doi.org/10.1002/cam4.1907>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Ebelhar, J., DeGroot, N. P., Massie, A. M., Labudde, E., Allen, K. E., Castellino, S. M., Wasilewski-Masker, K., & Brock, K. E. (2023). Differences in palliative opportunities across diagnosis groups in children with cancer. *Pediatric blood & cancer*, 70(1), e30081.

Ferrell BR, Temel JS, Temin S, Smith TJ. Integration of palliative care into standard oncology care: ASCO clinical practice guideline update summary. *J Oncol Pract*. 2017;13(2):119-121. <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161>

Labudde, E. J., DeGroot, N. P., Smith, S., Ebelhar, J., Allen, K. E., Castellino, S. M., Wasilewski-Masker, K., & Brock, K. E. (2021). Evaluating palliative opportunities in pediatric patients with leukemia and lymphoma. *Cancer medicine*, 10(8), 2714-2722. <https://doi.org/10.1002/cam4.3862>

Lazzarin, P., Giacomelli, L., Biscaglia, L., Terrenato, I. e Benini, F. (2019) La valutazione della complessità assistenziale in cure palliative pediatriche. *La scala ACCAPED come strumento per la valutazione dei bisogni*. *Rivista italiana di cure palliative*; 21:162-165.

Smith TJ, Temin S, Alesi ER, et al., American society of clinical oncology provisional clinical opinion: the integration of palliative care into standard oncology care. *J Clin Oncol*. 2012;30(8):880-887 <https://doi.org/10.1200/JCO.2011.38.5161>

Weaver, M.S., Heinze, K.E., Kelly, K.P., Wiener, L., Casey, R.L., Bell, C.J., Wolfe, J., Garee, A.M., Watson, A. and Hinds, P.S. (2015), Palliative Care as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatr Blood Cancer*, 62: S829-S833. <https://doi.org/10.1002/pbc.25695>

Session Info: PR: PREMISICP11.0: INNOVAZIONE IN RETE PER IL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DI CURE: OPPORTUNITÀ E SFIDA

Ilaria Pamio¹, Pierina Lazzarin², Franca Benini¹, Deborah Rignanese¹

¹Centro Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, Azienda Ospedale Università di Padova, Padova, Italia, ²Centro Regionale di Terapia del Dolore e Cure Palliative Pediatriche, Università di Padova, Padova, Italia

SCOPO: Le cure palliative rappresentano la risposta al “dolore totale” causato da una malattia inguaribile, assicurando un’assistenza che considera ogni dimensione della persona: fisica, psicologica, sociale, spirituale ed etica. Le cure palliative pediatriche si distinguono per l’attivazione precoce, contemporanea alla diagnosi, la coesistenza con i trattamenti curativi e il supporto attivo alla famiglia, che è destinataria e parte integrante del percorso di cura al pari del bambino. La legge 219/2017 ha introdotto la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), uno strumento normativo essenziale che permette alla famiglia e al bambino di definire il proprio piano di cura, tutelando il principio di autonomia e il diritto all’autodeterminazione. Il rispetto del luogo di decesso scelto nella PCC è un indicatore importante della qualità dell’assistenza. Questo studio analizza le caratteristiche cliniche e sociodemografiche dei bambini e delle famiglie seguite dalla rete di cure palliative dell’hospice pediatrico di Padova, valuta la concordanza tra il luogo di decesso pianificato e quello effettivo. L’obiettivo è di misurare l’efficacia della PCC ed individuare le criticità che possono ostacolare una morte serena e dignitosa nel luogo desiderato.

METODO: Si tratta di uno studio retrospettivo osservazionale condotto su un campione di 181 bambini seguiti dall’hospice pediatrico di Padova, e deceduti tra il 1° gennaio 2019 e il 31 dicembre 2023. Le variabili raccolte includono età, patologia di base, provincia di provenienza, luogo di decesso pianificato ed effettivo, indicazione o meno a DNR. L’analisi statistica descrittiva ha valutato le caratteristiche del campione e il grado di concordanza tra il luogo di preferenza espresso e quello effettivo. La dipendenza tra le variabili è stata verificata mediante il test del chi-quadro.

RISULTATI: I risultati mostrano un’elevata concordanza (87%) tra il luogo scelto dalla famiglia e quello effettivo, confermando l’efficacia della PCC. La variabile “morte improvvisa” è emersa come una criticità importante, spesso responsabile della mancata concordanza o dell’impossibilità di completare il processo decisionale. Un altro aspetto rilevante è la scarsa propensione delle famiglie a considerare il domicilio come luogo di decesso, che potrebbe dipendere dalle differenze territoriali nella qualità dell’assistenza domiciliare, o da una preparazione inadeguata dei caregivers nella gestione della malattia.

CONCLUSIONI: Il rispetto delle preferenze familiari è un indicatore positivo dell’efficacia dei programmi di cure palliative. Tuttavia, sono emerse alcune criticità che richiedono maggiore attenzione. Il tempismo nella discussione sul fine vita ricopre un ruolo fondamentale, poiché un decesso improvviso riduce la possibilità di rispettare, e talvolta anche di pianificare, il luogo del fine vita. Inoltre, la percezione di carenze di risorse o di disponibilità dell’ADI, unita alla scarsa fiducia delle famiglie nelle proprie capacità, può scoraggiare la scelta del domicilio. Per migliorare la qualità dell’assistenza, dunque, risulta essenziale potenziare i servizi di ADI, affrontare con il giusto anticipo la discussione sul fine vita e rafforzare la formazione genitoriale, aumentandola fiducia nella gestione domiciliare della malattia.

BIBLIOGRAFIA: Fraser LK, Bluebond-Langner M, Ling J. Advances and challenges in European Paediatric Palliative care. *MedSci (Basel)* [Internet]. 2020 Apr 17;8(2):20. doi: 10.3390/medsci8020020.
Chelazzi C, Villa G, Lanini I, Romagnoli S, Latronico N. The adult and pediatric palliative care: differences and shared issues. *J Anesth Analg Crit Care* [Internet]. 2023 Jan 12;3(1). doi: 10.1186/s44158-023-00085-8.
Kuo DZ, Houtrow AJ, Arango P, Kuhlthau KA, Simmons JM, Neff JM. Family Centered Care: current applications and future directions in pediatric health care. *Matern Child Health J* [Internet]. 2011 Feb 11;16(2):297-305. doi: 10.1007/s10995-011-0751-7.
Shields L, Pratt J, Hunter J. Family centred care: a review of qualitative studies. *J Clin Nurs* [Internet]. 2006 Aug 22;15(10):1317-23. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01433.x.
Cai S, Cheng L, Wang R, Zhou X, Peng X. A shared decision-making model in pediatric palliative care: a qualitative study of healthcare providers. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2023 Nov 28;22(1). doi: 10.1186/s12904-023-01307-0.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Crowe A, Hurley F, Kiernan G, Kerr H, Corcoran Y, Price J, et al. Decision-making regarding place of end-of-life care for children with life-limiting and life-threatening conditions: a systematic integrative review. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2025 Jan 27;24(1). doi:10.1186/s12904-025-01661-1.

Vemuri S, Hynson J, Williams K, Gillam L. Decision-making approaches for children with life-limiting conditions: results from a qualitative phenomenological study. *BMC Med Ethics* [Internet]. 2022 May 16; 23(1). doi: 10.1186/s12910-022-00788-7.

Hein K, Knochel K, Zaimovic V, Reimann D, Monz A, Heitkamp N, et al. Identifying key elements for paediatric advance care planning with parents, healthcare providers and stakeholders: A qualitative study. *Palliat Med* [Internet]. 2020 Jan 27; 34(3):300-308. doi: 10.1177/0269216319900317.

Walker M, Nicolardi D, Christopoulos T, Ross T. Hospital, hospice, or home: A scoping review of the importance of place in pediatric palliative care. *Palliat Support Care* [Internet]. 2023 Jun 26; 21(5):925-934. doi: 10.1017/S1478951523000664.

Boyden JY, Ersek M, Deatrick JA, Widger K, LaRagione G, Lord B, et al. What do parents value regarding pediatric palliative and hospice care in the home setting? *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 10.1016/j.jpainsymman.2020.07.024.

Taylor J, Murphy S, Chambers L, Aldridge J. Consulting with young people: informing guidelines for children's palliative care. *Arch Dis Child* [Internet]. 2020 Nov 18; 106(7):693-697. doi: 10.1136/archdischild-2020-320353.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE CURE PALLIATIVE IN NEFROLOGIA: UNA SURVEY NAZIONALE

Alessandra Dalla Gassa¹, Diana Zarantonello², Giuliano Brunori^{2,3}, Oscar Corli⁴

¹ Ospedale San Pellegrino, Gruppo Mantova Salus, Castiglione delle Stiviere (MN), Italia, ² U.O.M Nefrologia e Dialisi, APSS, Trento, Italia, ³ CISMed UniTn, Trento, Italia, ⁴ Istituto di Ricerche Farmacologiche Mario Negri IRCCS, Milano, Italia

SCOPO: La transizione demografica ed epidemiologica che l'Italia ha attraversato negli ultimi 50 anni ha reso fondamentali le cure palliative (CP), laddove le cure attive non siano più proporzionate (1).

La grande sfida delle cure palliative attuali e future sarà rappresentata dalle malattie croniche non oncologiche ed in particolare dalle grandi insufficienze d'organo, assieme alle demenze.

Ultrasessantenni e ultraottantenni rappresentano una quota significativa degli oltre 45.000 pazienti in dialisi cronica in Italia (2) e presentano maggiori comorbidità, una ridotta aspettativa e qualità della vita, maggior rischio di ospedalizzazione e morte intraospedaliera (3-4).

Ultrasessantenni e ultraottantenni rappresentano inoltre la maggior parte del 15% dei pazienti con uremia terminale che proseguono con la terapia conservativa senza avviare mai il trattamento sostitutivo (3-4).

L'interesse per le cure palliative in nefrologia è sorto diffusamente in tutto il mondo occidentale negli ultimi 10 anni; la sospensione della dialisi o il non avvio della stessa sono molto variabili nel mondo, con percentuali più elevate in America e Canada e più basse nel Sud dell'Europa (5).

Dieci e sei anni fa, la Società Italiana di Cure Palliative (SICP) e rispettivamente, la Società Italiana di Nefrologia (SIN) e la Società Italiana degli Infermieri di Area Nefrologica (SIAN) hanno condiviso un documento di consenso sulle cure palliative nell'insufficienza renale cronica (6-7).

Scopo di questo studio è di fotografare la situazione attuale dell'utilizzo delle CP nelle nefrologie italiane.

METODO: È stata condotta una survey on line con domande a risposta multipla tramite Google Forms, nei mesi di maggio-giugno 2024 per i soci della Società Italiana degli Infermieri di Area Nefrologica (SIAN) e luglio-agosto 2024 per i soci della Società Italiana di Nefrologia (SIN). I dati raccolti sono stati analizzati con Excel e SPSS 27.

RISULTATI: Hanno partecipato 302 persone provenienti da 19 regioni italiane, tra cui 133 infermieri (su 200 soci, 66,5%) e 169 medici (su 2465 soci, 6,9%).

Il confronto tra medici ed infermieri ha messo in luce alcune criticità: in emodialisi, la maggior parte del lavoro di assistenza diretta al paziente è di competenza infermieristica (85,7%), mentre è ancora scarso il coinvolgimento infermieristico nei percorsi pre-dialisi (6%). I dati lasciano presupporre che i medici partecipanti da un lato sovrastimino la loro reale competenza in CP perché personalmente interessati all'implementazione delle stesse, dall'altro che gli infermieri siano ancorati al concetto della dialisi come terapia "salva vita" e faticino a sospenderla per scarsa formazione sulla stima della prognosi e sui riferimenti normativi; infine i dati lasciano presupporre una mancata condivisione tra medici ed infermieri dei percorsi assistenziali nel fine vita, sottolineando dunque la necessità di una formazione omogenea, che valorizzi poi nella pratica le specifiche competenze (vedi immagine).

Le discrepanze risultate dal confronto tra intervistati del Nord e del Sud del paese riflettono la disparità di accesso alle CP lungo il territorio nazionale, la minore consapevolezza delle alternative terapeutiche, conservative o palliative nelle aree a Sud del paese (vedi immagine).

Complessivamente solo una piccola percentuale degli intervistati utilizza score prognostici (10,3%) o score per rilevare i bisogni di CP (11,6%).

Circa il 50% dei medici e degli infermieri italiani dichiara di non effettuare la pianificazione condivisa della cura (PCC), mentre l'altro 50% afferma di documentarla in cartella. Tuttavia, si sospetta una sovrastima dei dati reali, poiché non è sempre chiaro che la pianificazione debba essere un documento appositamente creato, redatto e firmato dal medico assieme al paziente e all'eventuale suo fiduciario.

L'offerta della terapia conservativa (OR 3,69, IC 95% 1,9-7,18), la scelta di non proseguire la dialisi nel fine vita (OR 0,3, IC 95% 0,17-0,54) e la proposta della PCC (OR 3,98, IC 95% 2,03-7,81) sono risultate fortemente associate alla presenza di una collaborazione con la rete locale di CP ($p < 0,05$).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Conrisposte omogeneetra medici ed infermieri, gli ostacoli maggiormente percepiti all'applicazione delle cure palliative nel paziente nefropatico sono la mancanzadi strumenti e capacità comunicative (31,5%)ela mancanzadi formazione (22,8%). Unanimeè risultata la richiesta di formazione specifica in CP(99%).

CONCLUSIONI: Questaèla primasurvey italiana sull'utilizzo delle cure palliative nel paziente nefropatico. Il lavoro mette complessivamentein luce quanto, in Italia, a distanza di un decennio dalla pubblicazione dei documenti di consensonazionali, sia ancorapoco diffusa la collaborazione con le reti locali di CPe l'offerta di CPal paziente nefropatico.

I risultati ed i bisogni formativi evidenziati dovrebbero spingere le società scientifiche coinvolte (SIN, SIAN, SICP) a creare percorsi formativi inter-professionali e gruppi di lavoro inter-societari, su scala nazionale.

BIBLIOGRAFIA:

1. Istat. Previsioni della popolazione residente e delle famiglie – base 1.1.2020, Statistiche Report. [Internet]. 2021 Nov. www.istat.it
2. MNordio, A Limido, MPostorino; Italian Dialysis and Transplantation Registry. Present and future of kidney replacement therapy in Italy: the perspective from Italian Dialysis and Transplantation Registry (IDTR). J Nephrol. 2020 Dec; 33(6):1195-1200.
3. Hussain JA, Mooney A, Russon L. Comparison of survival analysis and palliative care involvement in patients aged over 70 years choosing conservative management or renal replacement therapy in advanced chronic kidney disease. Palliat Med. 2013 Oct; 27(9):829-39.
4. Shahid M, Chandna SM, Da Silva-Gane M, Marshall C, Warwicker P, Greenwood R, et al. Survival of elderly patients with stage 5 CKD: comparison of conservative management and renal replacement therapy. Nephrol Dial Transplant. 2011 May; 26(5):1608-14.
5. Jassal SV, Larkina M, Jager KJ, Murtagh FEM, O'Hare AM, Hanafusa N, et al. international variation in dialysis discontinuation in patients with advanced kidney disease. CMAJ. 2020 Aug; 192(35):E995-E1002.
6. Bergia R, Brunori G, Lombardi F, Formica M, Sangalli L, Ritossa C, et al. Le Cure Palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata, Documento condiviso SICP-SIN. Milano: SICP-SIN; 2015.
7. Pegoraro M, Dente C, Sgreccia M, Penco I, Marson R, Prandi C, et al. SICP-SIAN Documento di consenso SICP-SIAN. 2019.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER



AREA02 - ORGANIZZAZIONE-Aspetti gestionali

- 4.1 Percorsi di presa in carico nella malattia oncologica e non oncologica
- 4.2 Modelli organizzativi e sviluppo delle Reti
- 4.3 Clinical governance
- 4.6 Transitional care
- 4.10 Palliative Primary Care Infermiere di Famiglia e Comunità
- 4.11 Altro (specificare)

AREA02 - ORGANIZZAZIONE-Qualità delle cure

- 5.1 Analisi dei processi e Misurazione Outcomes
- 5.2 Valutazione della qualità: strumenti e indicatori
- 5.3 Linee guida, raccomandazioni, protocolli, buone pratiche
- 5.4 Qualità di vita e di morte
- 5.6 Supporto all'équipe e benessere dell'operatore
- 5.7 Benessere organizzativo
- 5.10 Integrazione tra discipline e professionalità

AREA02 - ORGANIZZAZIONE-Health Technologies

- 6.1 Cartella clinica informatizzata
- 6.4 Digital health
- 6.6 Altro (specificare)

AREA02 - ORGANIZZAZIONE-Varie

- 7.1 Altro

AREA03 - RICERCA, FORMAZIONE-Ricerca

- 8.1 Stato dell'arte della ricerca in Cure Palliative
- 8.2 Orizzonti e limiti della ricerca

AREA03 - RICERCA, FORMAZIONE-Formazione

- 9.1 Formazione specialistica
- 9.2 Formazione di base/approcci palliativi multidisciplinari
- 9.3 Formazione universitaria pre-laurea
- 9.4 Formazione universitaria post-laurea
- 9.6 Misurare gli impatti della formazione sui processi di cura
- 9.7 Death education
- 9.8 Formare i caregivers
- 9.10 Altro

AREA03 - RICERCA, FORMAZIONE-Divulgazione scientifica

- 10.4 Campagne/Iniziative di informazione, divulgazione e sensibilizzazione extraprofessionale



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

INDICE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

AREA04 - PSICOSOCIALE-Aspetti Psicologici

- 11.1 Bisogno psicologico del paziente
- 11.2 Bisognopsicologico del familiare/contesto di prossimità
- 11.3 Lutto
- 11.5 Gli interventi psicologici con e per l'equipe
- 11.6 Comunicazione con l'assistito e i suoi familiari
- 11.7 Altro (specificare)

AREA04 - PSICOSOCIALE-Aspetti Sociali

- 12.2 I soggetti di supporto per la persona malata
- 12.3 Aspetti legali, assistenziali e previdenziali
- 12.4 Reti informali
- 12.5 Lavoro, Scuola, Sport per la persona malata
- 12.6 Care communities
- 12.7 Il volontariato
- 12.8 Fenomeni sociali e culturali nelle CP
- 12.9 Altro

AREA05 - ETICA E HUMANITIES-Aspetti Etici e Culturali

- 13.2 Conversazioni di fine vita e decisioni di fine vita
- 13.3 Biodiritto: Limite terapeutico, proporzionalità e appropriatezza delle cure
- 13.4 DAT
- 13.5 Morte volontaria medicalmente assistita
- 13.8 Medicina narrativa
- 13.12 Altro

14 AREA05 - ETICA E HUMANITIES-Aspetti Spirituali

- 14.1 Spiritualità: bisogno spirituale del paziente e della famiglia.
- 14.2 Significato della vita: riflessione sul significato della vita e della morte.
- 14.4 Strumenti e indicatori
- 14.5 Altro



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

INDICE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 02 • ORGANIZZAZIONE

ASPETTI GESTIONALI



CONDIVISE: L'AGGETTIVO CHE COMPLETA LE CURE PALLIATIVE

Giovanna Visconti¹, Clarissa Florian¹, Michela Pesenti¹, Florescu Magda¹, Francesca Pesenti¹, Miriam Parenti¹, Alessandro Guidetti¹, Katia Mangiarotti¹, Moroni Luca¹

¹Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso, Italia

SCOPO: Il riesame di casi clinici esclusivi ci ha permesso di individuare i punti di forza e i punti di criticità della presa in carico condivisa fra l'équipe di cure palliative domiciliare, l'équipe specialistica ospedaliera e la rete territoriale.

METODO: Sono state ripercorse tre storie di pazienti adulti affetti da malattia inguaribile, oncologici e non oncologici (nello specifico paziente neurologico e cardiopatico), assistiti dall'équipe di cure palliative domiciliari di un'associazione che opera nella provincia di Milano e di Pavia.

La ricostruzione dei percorsi clinico-assistenziali si è focalizzata sulla storia di malattia, le caratteristiche socio-familiari, gli aspetti condivisi nell'assistenza e la descrizione degli enti/specialisti coinvolti.

Una breve intervista ai pazienti, ai loro caregiver e agli operatori coinvolti ha raccolto il vissuto relativo a tale modalità di presa in carico.

RISULTATI: La revisione dei casi clinici e l'analisi dei risultati delle interviste ci permetterà di riflettere circa:

- durata delle prese in carico in relazione alla diagnosi
- descrizione del contesto sociale – familiare
- tempi e modi di condivisione fra équipe
- frequenza delle ospedalizzazioni non programmate
- attuazione delle PCC
- vissuto di operatori e pz/famiglia in merito alla presa in carico condivisa

CONCLUSIONI: Le cure palliative sono una disciplina medica in evoluzione, che si concentra sul fine vita del paziente affetto da patologia inguaribile ma ambisce alla presa in carico “precoce – simultanea” mettendo in atto modalità di cura diversificate per rispondere ai bisogni di paziente e famiglia lungo la traiettoria di malattia.

Se il termine “precoce” sottolinea principalmente l'aspetto temporale della cura e il termine “simultanea” rimanda preferibilmente alla malattia oncologica, il termine “shared” = “condivisa” comprende i contenuti e i significati specifici delle cure palliative attuali. In letteratura la parola “shared” è poco utilizzata, relegandola al solo processo decisionale “shared decision making” e poco altro.

La presa in carico condivisa “shared” è una valida modalità di risposta ai bisogni del paziente e famiglia che affrontano una malattia inguaribile ed è certamente un'opportunità di confronto e crescita professionale per gli operatori.

BIBLIOGRAFIA:

- A narrative review of proactive palliative care models for people with COPD - Pascoe et al. *Ther Adv Respir Dis* 2025, Vol. 19: 1–17
- Is shared decision making an aspect of palliative care integration? An observation of collaboration between oncologists and palliative care professionals - Plançon et al. *BMJ Palliative Care* (2024) 23:279
- Palliative Care and Advanced Cardiovascular Disease in Adults: Not Just End-of-Life Care: A Scientific Statement From the American Heart Association – Gravenet et al. *Circulation*. 2025;151.
- Palliative care and Parkinson's disease: outpatient needs and models of care over the disease trajectory - Tarolli et al. - *Ann Palliat Med* 2020;9(Suppl 1):S44-S51.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

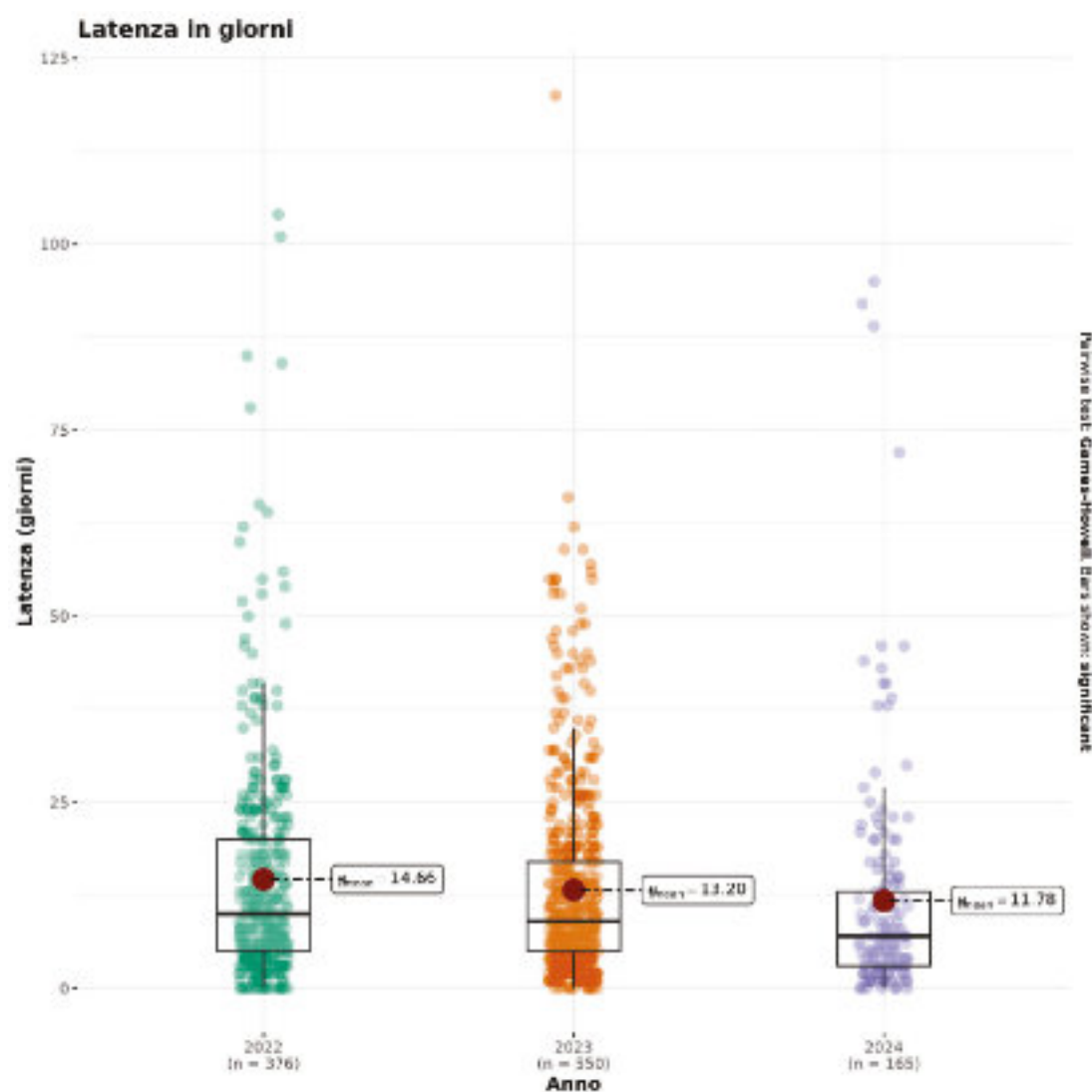
XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

IMPATTO DELL'INTRODUZIONE DI UN SERVIZIO DI CURE PALLIATIVE INTRAOSPEDALIERE: ANALISI RETROSPETTIVA 2022-2024

Daniele Marelli¹, Michela Romelli^{1,2}, Sofia Amati¹, Saverio Chaneel Tchakoute Fakepo¹, Cristina Cornali², Daniela Martinelli², Elena Sosta², Marialuisa Turati², Mara Zigliani², Cosimo Chelazzi^{1,2}

¹ Dipartimento di Specialità Medico-Chirurgiche, Scienze Radiologiche e Sanità Pubblica, Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia, ² S.C. Cure Palliative e ADI, ASST Spedali Civili Brescia, Brescia, Italia

SCOPO: Valutare l'impatto clinico e organizzativo dell'introduzione di un servizio di cure palliative (CP) intraospedaliera in un ospedale terziario, analizzando l'evoluzione delle consulenze, la gestione dei sintomi, gli esiti di dimissione e il carico ospedaliero tra il 2022 e il primo trimestre 2024. Identificare i benefici del servizio nel migliorare l'accesso precoce alle CP, ottimizzare la gestione dei sintomi complessi e facilitare la transizione verso setting extraospedalieri.



METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva su 1496 pazienti valutati dal team di CP intraospedaliera tra il 03/01/2022 e il 31/03/2024. I dati, estratti dalle cartelle cliniche, hanno incluso età, genere, motivo della consulenza (colloquio/presa in carico, indicazioni terapeutiche), reparto segnalante, stato cognitivo e motorio, Karnofsky Performance Status (KPS), comorbidità, sintomi, indicazioni terapeutiche, prognosi, esito della dimissione (modalità di presa in carico, decesso, ecc.) e luogo del decesso. La distribuzione delle variabili è stata valutata mediante il test di Shapiro-Wilk; il confronto tra variabili categoriche e continue è stato eseguito rispettivamente con il test chi-quadrato e il test di Mann-Whitney U, considerando statisticamente significativo un valore di $p < 0,05$.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

RISULTATI: Le consulenze sono aumentate significativamente da 520 nel 2022 (34,8%) a 762 nel 2023 (50,9%), con 210 nel primo trimestre 2024 (14,1%), indicando una crescente integrazione del servizio di CP intraospedaliero.

La distribuzione trimestrale evidenzia un incremento progressivo: 145 (Q1-2022), 144 (Q2-2022), 111 (Q3-2022), 118 (Q4-2022), 149 (Q1-2023), 193 (Q2-2023), 181 (Q3-2023), 227 (Q4-2023), 210 (Q1-2024), con un picco nel Q4-2023 (227 consulenze). La latenza media in giorni tra il ricovero e la richiesta di consulenza per cure palliative è migliorata, passando da 14.66 ± 15.17 nel 2022 a 13.20 ± 13.22 nel 2023 e infine 11.78 ± 15.65 nel 2024 ($p < 0.001$), come mostrato in Figura 1.

Il KPS medio era 47.02 ± 19.47 , con il 37,0% dei pazienti allettati e il 14,7% con decadimento cognitivo grave o demenza, riflettendo un'elevata complessità clinica. Le comorbidità più frequenti erano cardiovascolari (61,8%), polmonari (35,2%), renali (21,5%) ed epatiche (29,5%), con una media di 4.46 ± 3.00 comorbidità per paziente.

I sintomi principali includevano dolore (61,8%), astenia (48,5%), dispnea (29,9%), delirium (13,8%), ansia/depressione (13,9%), disfagia (14,1%) e insonnia (10,6%). Le indicazioni terapeutiche più comuni riguardavano la terapia del dolore (45,8%), la dispnea (15,6%), la sedazione palliativa (6,2%), il delirium (5,0%) e l'insonnia (3,5%).

I reparti che segnalavano più frequentemente erano oncologia (30,8%), medicina generale (22,8%), radioterapia (7,0%), ematologia (4,9%) e ginecologia (4,7%), evidenziando un'ampia distribuzione delle richieste.

Gli esiti di dimissione includevano cure palliative domiciliari (CP Dom, 36,3%), hospice (21,9%), trasferimento in altra struttura ospedaliera (15,8%), assistenza domiciliare integrata (ADI, 10,5%), segnalazioni conclusasi senza attivazione di CP (8,0%), riabilitazione/sub-acuti (1,1%) e RSA (0,8%).

La mortalità intraospedaliera era del 22,0%, con il 24,8% dei decessi avvenuti in hospice e il 21,5% a domicilio con CP specialistiche. La prognosi variava: 27,6% con aspettativa di vita < 1 mese, 37,8% tra 1-3 mesi e 34,6% > 3 mesi. I pazienti geriatrici (≥ 65 anni, 72,2%) mostravano maggiore complessità per sintomi refrattari e comorbidità multiple, con l'85,6% delle consulenze richieste per colloquio e presa in carico, rispetto al 14,4% per indicazioni terapeutiche specifiche.

CONCLUSIONI: L'introduzione del servizio di cure palliative (CP) intraospedaliero ha determinato un impatto clinico e organizzativo significativo, con un progressivo aumento delle consulenze tra il 2022 e il primo trimestre 2024, a testimonianza di una crescente integrazione nel percorso assistenziale ospedaliero. L'analisi dei dati ha evidenziato l'elevata complessità clinica dei pazienti presi in carico, caratterizzata da compromissione funzionale, comorbidità multiple e una prevalente necessità di gestione di sintomi refrattari quali dolore, dispnea e delirium.

L'ampliamento dell'accesso precoce alle CP ha favorito una maggiore appropriatezza nella transizione verso setting extraospedalieri, come le cure domiciliari e l'hospice, contribuendo alla riduzione della mortalità intraospedaliera evitabile.

L'ampia distribuzione dei reparti segnalanti conferma l'importanza di una sensibilizzazione interdisciplinare alla cultura palliativa, estesa oltre il contesto oncologico.

Questi risultati sottolineano la necessità di consolidare ulteriormente il modello di CP intraospedaliero, investendo su strumenti di valutazione precoce della complessità, percorsi condivisi e programmi formativi mirati, al fine di ottimizzare la qualità di vita dei pazienti e l'efficienza organizzativa ospedaliera.

BIBLIOGRAFIA:

1. Jiang J, May P. Proportion of deaths in hospital in European countries: trends and associations from panel data (2005-2017). *European Journal of Public Health* 2021;31(6):1176–1183; doi: 10.1093/eurpub/ckab169.
2. Gomes B, Higginson IJ, Calanzani N, et al. Preferences for place of death if faced with advanced cancer: a population survey in England, Flanders, Germany, Italy, the Netherlands, Portugal and Spain. *Annals of Oncology* 2012;23(8):2006–2015; doi: 10.1093/annonc/mdr602.
3. Cotogni P, Saini A, De Luca A. In-Hospital Palliative Care: Should We Need to Reconsider What Role Hospitals Should Have in Patients with End-Stage Disease or Advanced Cancer? *Journal of Clinical Medicine* 2018;7(2):18; doi: 10.3390/jcm7020018.
4. Chelazzi C, Villa G, Lanini I, et al. The adult and pediatric palliative care: differences and shared issues. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care* 2023;3(1); doi: 10.1186/s44158-023-00085-8.

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



5. Cotogni P, De Luca A. Caring for Patients in Need of Palliative Care: Is This a Mission for Acute Care Hospitals? Key Questions for Healthcare Professionals. *Healthcare* 2022;10(3):486; doi: 10.3390/healthcare10030486.
6. Hui D, Paiva BSR, Paiva CE. Personalizing the Setting of Palliative Care Delivery for Patients with Advanced Cancer: "Care Anywhere, Anytime". *Current Treatment Options in Oncology* 2022;24(1):1–11; doi: 10.1007/s11864-022-01044-1.
7. Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020;2020(9); doi: 10.1002/14651858.cd012780.pub2.
8. Bloomer M. Palliative care provision in acute and critical care settings: What are the challenges? *Palliative Medicine* 2019;33(10):1239–1240; doi: 10.1177/0269216319891789.
9. Mercadante S, Gregoretti C, Cortegiani A. Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how. *BMC Anesthesiology* 2018;18(1); doi: 10.1186/s12871-018-0574-9.
10. Ryan A, Carter J, Lucas J, et al. You need not make the journey alone: Overcoming impediments to providing palliative care in a public urban teaching hospital. *American Journal of Hospice and Palliative Medicine* 2002;19(3):171–180; doi: 10.1177/104990910201900308.
11. Chelazzi C, Ripamonti CI. How early should be "Early Integrated Palliative



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DEL CASEMANAGER INFERMIERISTICO NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE IN CURE PALLIATIVE TRA OPPORTUNITÀ E MINACCE

Monica Mazzocchi¹, Mariano Flocco¹, Andrea D'Ale¹

¹Azienda sanitaria Regione Molise, Larino, Italia, ² Azienda sanitaria Regione Molise, Larino, Italia, ³ Azienda sanitaria Regione Molise, Larino, Italia

SCOPO: Lo scopo del presente lavoro, è quello di far emergere la complessità del ruolo del casemanager infermieristico, coinvolto nella presa in carico del paziente in Cure palliative.

La presa in carico in Cure Palliative è sempre una scelta importante, da parte del Medico che lo propone e del paziente/famiglia che lo accoglie.

La comunicazione chiara ed efficace è elemento essenziale per iniziare a pianificare un percorso di cura condiviso che trasmetta e faccia comprendere le opportunità che le Cure Palliative possono offrire.

Per fare tutto ciò bisogna agire su più fronti, affinché si possano individuare risorse interne alla famiglia/comunità ed all'equipe che interviene nel processo di cura e opportunità concrete riconosciute, che possano far sentire pazienti e familiari accuditi, creando ponti tra gli attori coinvolti che comunichino tempestivamente ed in maniera puntuale per poter garantire loro una assistenza globale, puntuale che permetta, se ci fosse necessità, di poter rimodulare in itinere il piano assistenziale che meglio si adatta alle esigenze del paziente/famiglia.

Il ruolo del Casemanager infermieristico è quello di promuovere e facilitare la presa in carico e continuità assistenziale, definendo il PAI dell'assistito, la sua attuazione raccordando, monitorando e verificando il buon esito del percorso di cura.

METODO: La richiesta di presa in carico in Cure Palliative, qualsiasi sia il setting assistenziale individuato (domicilio, Hospice, ambulatorio) avviene attraverso la richiesta del MMG, ospedale, servizi sociali distrettuali, strutture residenziali extraospedaliere, all'UO di Cure Palliative.

Il tutto avviene attraverso un portale dove vengono inserite, diagnosi, bisogni assistenziali, valutazione cognitiva, funzionale, supporto rete sociale e gli obiettivi di salute.

Riunita l'Unità di Valutazione Multidimensionale, sentiti tutti gli attori coinvolti nel percorso di cura, paziente, familiare, équipe assistenziale (la maggior parte delle volte già in assistenza domiciliare, dimissione ospedaliere), passiamo alla stesura esecutiva del PAI.

Il PAI sarà rimodulato ogni qualvolta ci sarà necessità.

RISULTATI: Lavorando sinergicamente, i nodi della rete comunicano efficacemente e tempestivamente tra loro, senza lasciare spazio ad asimmetrie del sistema che renderebbero fallimentare il percorso di cura.

CONCLUSIONI: L'analisi dei punti di forza, di debolezza, le opportunità e le minacce in un progetto assistenziale è uno strumento chiave, per pianificare e rimodulare gli interventi durante tutto il percorso di cura, imprescindibili in condizioni così dinamiche che coinvolgono paziente fragile e tutto il nucleo familiare eleggibile alle cure palliative.

BIBLIOGRAFIA:

Il mondo delle cure palliative

Adriana Turizani Giovanni Zaninetta

Pubmed Case Management

Angelo P. Giardino¹, Orlando De Jesus²

Pubmed The casemanager: an essential link in quality care

Lynn McCullough¹



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RILEVAZIONE PRECOCE DELLE NECESSITÀ DI CURE PALLIATIVE NEI PAZIENTI CRITICI IN TERAPIA INTENSIVA MEDIANTE L'UTILIZZO DELLO STRUMENTO NECPAL: STUDIO PILOTA

Luigi Coalsanto¹, Cristiana Manzetto¹, Alessandra Busnardo¹, Francesco Ganzaroli¹, Persefoni Fagogeni¹, Grazia Fileri¹, Adelaide Wuan¹, Giusi Di Donato¹, Daniela Scapoli¹, Giovanni Poles², Savino Spadaro¹, Loretta Gulmini²

¹Università degli Studi di Ferrara, Ferrara, Italia, ²AUSL Ferrara, Ferrara, Italia, ³AULSS3 Veneto, Mestre, Italia

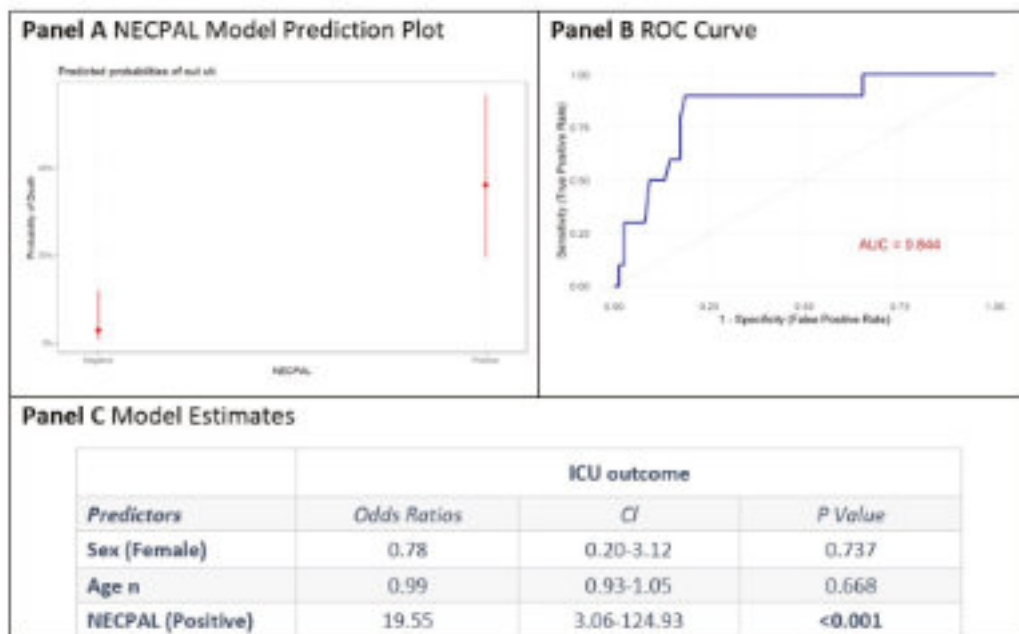
SCOPO:

Introduzione:

Le cure palliative (CP) hanno subito un'evoluzione significativa nel corso degli anni, estendendo il loro ambito di applicazione a malattie croniche e degenerative non maligne, che costituiscono circa il 60% del bisogno globale di assistenza palliativa (WHPCA, 2020). Con il progressivo invecchiamento della popolazione e l'aumento delle malattie croniche, la domanda di cure palliative è notevolmente aumentata, ma l'accesso a questi servizi è spesso ritardato, con conseguente maggiore ricorso a reparti di emergenza e unità di terapia intensiva (Llobera et al., 2018). Sebbene le CP siano ormai considerate essenziali anche nelle terapie intensive (ICU), la difficoltà principale rimane l'identificazione precoce dei pazienti che potrebbero beneficiarne, in particolare quelli con patologie croniche e avanzate, caratterizzati da una prognosi limitata (Koutsouki & Kosmidis, 2023).

Obiettivo:

Lo scopo di questo studio è valutare l'efficacia dello strumento NECPAL (Necessità di Cure Palliative) nel rilevare i bisogni di cure palliative nei pazienti ricoverati in terapia intensiva (ICU) in Italia, un contesto in cui lo strumento non è ancora stato validato. NECPAL, che si basa su parametri clinici e sulla 'Surprise Question' (SQ), è progettato per identificare pazienti con malattie croniche avanzate e una aspettativa di vita limitata, che potrebbero beneficiare di un approccio palliativo precoce.



METODO: Lo studio è stato condotto dal marzo 2024 al febbraio 2025 presso l'Unità di Terapia Intensiva. Sono stati inclusi pazienti maggiorenni, ricoverati in TI da più di 24 ore, affetti da patologie croniche avanzate. È stata applicata la versione italiana del NECPALCCOMS-ICO©V1.0, comprensiva della Surprise Question (SQ) e di criteri clinici generali e specifici. È stato escluso dallo studio chi era già sotto assistenza palliativa attiva. Lo strumento NECPAL, composto dalla Surprise Question e da vari criteri clinici, è stato somministrato ai medici intensivisti per identificare i pazienti con necessità di cure palliative.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

RISULTATI: Un totale di 85 pazienti è stato incluso nello studio, con il 32,9% dei pazienti classificato come NECPAL-positivo e il 67,1% come NECPAL-negativo. I pazienti NECPAL-positivi presentavano una mediana di età significativamente più alta rispetto ai pazienti NECPAL-negativi (77 anni vs 66 anni, $p = 0,001$) e una maggiore incidenza di fragilità (64,2% vs 29,8%, $p = 0,001$). Inoltre, i pazienti NECPAL-positivi avevano un punteggio più basso di Karnofsky Performance Status (KPS) e un maggior numero di comorbidità. L'applicazione del NECPAL ha rivelato che i pazienti NECPAL-positivi avevano una mortalità in ICU significativamente più alta (32,1%) rispetto ai pazienti NECPAL-negativi (1,8%, $p < 0,001$). La durata della degenza in ICU non differiva significativamente tra i gruppi, ma i pazienti NECPAL-positivi tendevano ad avere una durata di soggiorno più lunga.

Analisi multivariata:

L'analisi multivariata ha mostrato che la positività al NECPAL era un predittore indipendente di mortalità in ICU, con un odds ratio (OR) di 19,55 (95% CI: 3,06–124,93, $p < 0,001$). L'area sotto la curva ROC per NECPAL era pari a 0,84, indicando un'eccellente capacità di discriminazione. (Figura 1) Al contrario, la Surprise Question, pur essendo anch'essa significativa, ha mostrato una capacità di discriminazione inferiore, con un AUC di 0,77.

CONCLUSIONI/Discussione:

Lo studio ha confermato l'importanza della rilevazione precoce dei bisogni di cure palliative nei pazienti critici, suggerendo che l'implementazione del NECPAL possa essere un utile strumento di screening per identificare pazienti con malattie croniche avanzate e una aspettativa di vita limitata. Nonostante il suo valore, il NECPAL ha mostrato una sensibilità elevata, ma una specificità relativamente bassa, il che può portare a una sovrastima dei pazienti a rischio, suggerendo la necessità di un approccio multimodale che integri altri strumenti di valutazione. È fondamentale, pertanto, migliorare la formazione dei professionisti sanitari sull'uso del NECPAL, nonché completare la documentazione clinica in modo più accurato per ottimizzare l'identificazione dei bisogni palliativi.

Conclusioni:

Lo strumento NECPAL si è dimostrato valido nell'identificare i pazienti che potrebbero trarre beneficio da un'integrazione precoce delle cure palliative in ICU. Tuttavia, la sua applicazione in contesti più ampi richiede ulteriori validazioni e l'integrazione con altri strumenti di valutazione per garantire un approccio olistico e personalizzato al trattamento dei pazienti critici.

BIBLIOGRAFIA: González-Ramos, M. A., et al. (2016). Validation of the NECPALCCOMS-ICO tool for identifying palliative care needs in chronic patients in hospital settings. *BMC Palliative Care*, 15(1), 51. DOI: 10.1186/s12904-016-0139-5

Cameron, M., et al. (2020). Implementing the NECPAL tool to identify palliative care patients in a hospital setting: A pilot study. *Journal of Palliative Medicine*, 23(4), 545-552. DOI: 10.1089/jpm.2019.0441

Martínez-Sánchez, E., et al. (2018). The NECPAL tool in a hospital setting: A prospective cohort study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 3. DOI: 10.1186/s12904-018-0294-6

Hernández-Sánchez, M., et al. (2020). Early identification of palliative care needs in critically ill patients using the NECPAL tool. *Critical Care Medicine*, 48(2), 225-231.

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONSULENZE DI CURE PALLIATIVE NEI DIVERSI SETTING OSPEDALIERI: LA NOSTRA ESPERIENZA PRELIMINARE

Giulia Mazzoni¹, Alba Muzzi², Chiara Maria Brogna², Marco Vincenzo Lenti², Paolo Pedrazzoli², Chiara Gandini²

¹Università degli Studi, Pavia, Italia, ²Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia

SCOPO: Valutare la tipologia di richiesta di consulenze di cure palliative (CP) nei diversi setting ospedalieri, prendendo in considerazione il timing, la motivazione e la tipologia di pazienti con necessità CP, valutandone la patologia di base e l'età.

Figura 1A Motivo della richiesta di consulenza di CP

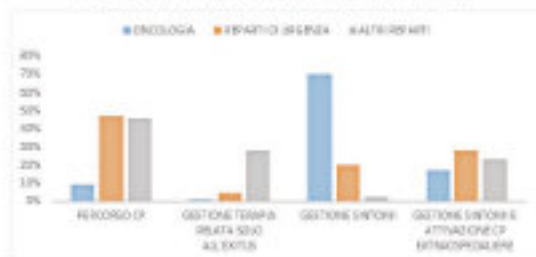


Figura 1B Tipologia di percorsi di CP, attivati dopo la consulenza



METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva delle cartelle cliniche dei pazienti valutati in consulenza di CP dal 1/01/2025 al 31/03/2025.

RISULTATI: Sono state valutate le 191 richieste di consulenze di CP, suddividendone la provenienza in tre ambiti ospedalieri: reparto di Oncologia (Onco, n=51), altri reparti di degenza ordinaria (DO, n= 91); Emergenza-Urgenza (EU, Pronto Soccorso ed Admission Room, n=49).

L'età media dei pazienti è risultata essere di 62 anni per Onco, 80 anni e 79 anni rispettivamente per i DO e EU. Il NecPall principale è risultato oncologico per Onco (100% dei casi) e per EU (90%), mentre negli altri reparti è risultato 40% oncologico e 60% non oncologico. Focalizzandosi sulle caratteristiche specifiche dei pazienti valutati nei reparti di EU, è emerso che dei 38 pazienti oncologici 12 erano di nuova diagnosi, 6 seguiti in altro ospedale e 20 già seguiti presso il nostro Istituto; dei 43 pazienti totali, 9 già in UCP dom, 8 noti all'ambulatorio di CP, 2 dimessi da Hospice, 24 non noti alla Rete di CP.

L'intervallo tra l'inizio del ricovero del paziente e la richiesta di consulenza di CP è stato in media di 6,22 giorni in Onco (mediana di 4 giorni), 1,02 giorni nei reparti di EU e 14,75 in DO. Il tempo intercorso tra la richiesta di consulenza e l'espletamento della stessa è stato < a 1 giorno in onco e EU e di 2,1 giorni negli altri reparti.

La consulenza di CP è stata richiesta in Onco principalmente per il controllo dei sintomi, mentre per DO e EU per l'impostazione del percorso di CP (Figura 1A); le richieste di consulenza nei reparti DO e EU sono state fatte esitate nel trasferimento in Hospice nella maggior parte dei casi (Figura 1B).

Segnaliamo che sul totale dei pazienti ricoverati in Onco (n=281), 18 (6%) sono deceduti in reparto, 26 sono stati dimessi in UCP dom (9%), 12 (4%) sono stati trasferiti in Hospice.

CONCLUSIONI: I nostri dati confermano che l'individuazione del bisogno di CP è più precoce in Onco e EU, mentre negli altri reparti si osserva un certo ritardo nel riconoscerlo, in particolare nel paziente non oncologico. È ormai noto come il timing della richiesta di CP possa influenzare il tempo della degenza

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

ospedaliera, la mortalità ed il rischio di riammissione. Il tempo di risposta dell'equipe alla richiesta di CP è risultato essere coerente con quanto consigliato dalle vigenti normative (entro 48 ore).

L'età media dei pazienti valutati è risultata essere inferiore nel reparto di oncologia rispetto a quella degli altri reparti, in linea con l'avanzamento dell'età media dei pazienti ricoverati in reparti internistici. Altro dato significativo è, in EU, il basso numero di pazienti non oncologici per cui viene richiesta la consulenza di CP perdendo di fatto la possibilità di una presa in carico precoce di pazienti cronici che accedevano per un quadro acuto. La richiesta di consulenza in Onco è apparsa principalmente mirata al controllo dei sintomi, mentre l'attivazione della rete extraospedaliera di CP spesso è fatta in autonomia dal medico oncologo con la collaborazione dell'MMG; l'equipe di CP viene coinvolta per i casi più complessi.

Il nostro studio, in corso, ci consentirà di identificare le criticità e di conseguenzagli obiettivi di miglioramento nel percorso di CP intraospedaliero.

BIBLIOGRAFIA:

Bajwah S, Oluyase AO, Yi D, Gao W et al The effectiveness and cost-effectiveness of hospital-based specialist palliative care for adults with advanced illness and their caregivers. Cochrane Database Syst Rev 2020 Sep 30;9(9):CD012780.

doi: 10.1002/14651858.CD012780.pub2

Ministero della Salute - Rapporti annuali sui ricoveri ospedalieri:

<https://www.salute.gov.it/new/it/tema/assistenza-ospedaliera/rapporti-annuali-sui-ricoveri-ospedalieri>

Davis P, Van Enkevort EA, Elder et al The Influence of Palliative Care in Hospital Length of Stay and the Timing of Consultation. Am J Hosp Palliat Care. 2022 Dec;39(12):1403-1409. doi: 10.1177/10499091211073328

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

LA PRESAIN CARICO DI CP PER I PAZIENTI RICOVERATI IN OSPEDALE DA PARTE DELLA CENTRALE DI COORDINAMENTO NEL NODO OSPEDALIERO, DIMISSIONE OSPEDALIERA DI CP, TRANSITIONAL CARE, INTEGRAZIONE

Roberta Evaristo¹, Lorenza Zullo²

¹Ausl Bologna, Bologna, Italia, ²Ausl Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Attività di Presain Carico di CP in Ospedale e attivazione del percorso assistenziale da parte della centrale di coordinamento Dedicata.

METODO: DESCRIZIONE DI PRESAIN CARICO DI CP NODO COORDINAMENTO OSPEDALIERO

Attualmente gli ospedali rappresentano ancora uno dei principali luoghi di cura in cui si intercettano i bisogni di Cure Palliative (precoci, simultanee e di fine vita) e si attivano le richieste di presain carico globale inviate. Per tale ragione una componente infermieristica della centrale di coordinamento di CP, Punto Unico di accesso alla Rete, è stata dislocata nel presidio ospedaliero Hub dell'Azienda USL, per facilitare la valutazione clinico assistenziale, delle richieste provenienti da quest'ultimo, al letto del Paziente.

Nello specifico l'infermiere della Centrale:

- Valuta l'attivazione ricevuta, prendendo visione della relazione clinico-assistenziale, della Cartella Clinica informatizzata e dei dati anagrafici
- valuta la motivazione della richiesta
- valuta le condizioni clinico-assistenziali del Paziente, presenzia di eventuali sintomi disturbanti, terapia in atto, ecc
- valuta i bisogni complessi di cure palliative e il livello di consapevolezza di prognosi e diagnosi sia del Paziente che delle persone significative anche attraverso scale di valutazione
- verifica se il Paziente vuole ricevere informazioni veritiere, chiare e complete riguardo alle sue condizioni di salute o, in caso contrario chi delega
- verifica chi è autorizzato a ricevere informazioni
- propone l'IPOS,
- presenzia di DAT/PCC e fiduciario
- valuta e condivide con l'equipe ospedaliera segnalante la necessità della consulenza del medico palliativista ed eventualmente attiva l'Equipe di CP Ospedaliera
- se il Paziente è già in carico alla rete allinea le informazioni tra equipe ospedaliera ed equipe di CP dell'Azienda USL o del terzo settore
- effettua i colloqui in reparto, illustrando al paziente/famiglia/persone significative/Caregiver le finalità della presain carico di CP
- partecipa con l'equipe del reparto ai colloqui con i Caregivers/paziente per concordare il programma di dimissione proposto
- Verifica il diritto/possesso dell'esenzione per patologia oppure della domanda di invalidità civile
- scrive l'attività in cartella clinica informatizzata del reparto e della RCP dove redige la Valutazione Assistenziale di CP

Inoltre, nel caso di dimissione protetta al domicilio in collaborazione con l'equipe ospedaliera inviata:

- Valuta il contesto socio-familiare e domestico e s'informa su eventuali barriere architettoniche del domicilio, presenza/necessità di ausili e/o presidi a domicilio
- valuta la fattibilità della tipologia e della tempistica di dimissione programmata dal reparto di ricovero ed eventualmente si propone come facilitatore del processo
- valuta se sono stati già attivati/attivati i servizi sociali (?) se necessari
- concordare e condivide il percorso di dimissione, collaborando all'attivazione dei servizi territoriali e/o post-acuzie, compreso l'Hospice, facilitando l'integrazione ospedale/territorio anche attraverso le COT distrettuali e sovra distrettuale.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- in accordo con l'equipe ospedaliera condivide il percorso di dimissione con MMGe con gli altri professionisti coinvolti nel percorso di cura
- attiva e concorda con l'equipe territoriale di CPla tempistica per il primo accesso a domicilio, in base alle priorità
- effettua colloqui con i familiari, preferibilmente con i CM del reparto,
- valuta la competenza dei caregiver con domande esplorative e collabora all'educazione terapeutica
- Fornisce supporto all'emergere di problematiche, confrontandosi con i professionisti coinvolti per individuare strategie per la loro risoluzione

RISULTATI: Pazienti presi in carico e gestiti in ospedale dal Coordinamento nell'anno 2024 ad ora numero sono 88 (il dato sarà aggiornato ad ottobre 25) da cui si illustrerà l'esito a breve e medio termine.

CONCLUSIONI: Il dato si riferisce ai pazienti gestiti in autonomia dall'Infermiere con funzione di case Manager del Coordinamento della Rete, all'interno del presidio ospedaliero Hub.

Questa attività che non ha coinvolto l'Equipe di CP del Nodo ospedaliero (visita ambulatoriale e/o consulenza) ma ha assicurato la continuità di cura e garantito la collaborazione tra Ospedale e Territorio.

BIBLIOGRAFIA: experiences and perspectives on collaborative discharge planning when patients receiving palliative care for cancer are discharged home from hospitals. J Clin Nurs. 2020 Sep;29(17-18):3382-3391. doi: 10.1111/jcn.15371. Epub 2020 Jun 28. PMID: 32533726.

Sekse RJ, Hunskaar, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jcn.13912. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28695651.

Carpenter JG. Hospital Palliative Care Teams and Post-Acute Care in Nursing Facilities: An Integrative Review. Res Gerontol Nurs. 2017 Jan 1;10(1):25-34. doi: 10.3928/19404921-20161209-02. PMID: 28112355; PMCID: PMC5360155.

Sekse RJ, Hunskaar, Ellingsen S. The nurse's role in palliative care: A qualitative meta-synthesis. J Clin Nurs. 2018 Jan;27(1-2):e21-e38. doi: 10.1111/jcn.13912. Epub 2017 Jul 11. PMID: 28695651

Sganga F, Barillaro C, Tamburrano A, Nicolotti N, Cambieri A, Bernabei R, Turiziani A. The benefits of a hospital palliative care team. Int J Palliat Nurs. 2019 Jul 2;25(7):345-352. doi: 10.12968/ijpn.2019.25.7.345. PMID: 31339820.

McCarroll S, Avsar P, Moore Z, O'Connor T, Nugent L, Patton D. The impact of specialist community palliative care teams on acute hospital admission rates in adult patients requiring end of life care: A systematic review. Eur J Oncol Nurs. 2022 Aug;59:102168. doi:

Gómez OJ, López R, Cárdenas DC. Looking for Control at the End of Life Through the Bond: A Grounded Theory on the Hospital Discharge Process in Palliative Care. J Hosp Palliat Nurs. 2018 Jun;20(3):296-303. doi: 10.1097/NJH.0000000000000447. PMID: 30063681.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE PRIMARIE NELLE CRA: ORGANIZZAZIONE E ANALISI DEI DATI

Francesco Romagnoli¹, Maria Elisa Finelli², Paolo Vacondio³, Simone Cemesi⁴

¹ Scuola di Specializzazione in Medicina di Comunità UNIMORE, Modena, Italia, ² Unità Cure Palliative, Modena, Italia, ³ Unità Cure Palliative, Modena, Italia, ⁴ Conv. AUSL Modena, Modena, Italia

SCOPO: Ad oggi non esistono modelli di best practice nell'affrontare efficacemente il tema dell'erogazione delle cure palliative in CRA-RSA. Tuttavia viene definita una stima di prevalenza del bisogno di CP presente nel 40-65% delle persone assistite in strutture residenziali [1].

Stante 15 anni siano passati dalla legge 38/2010 è sconcertante constatare che la maggior parte delle reti locali non abbia adottato protocolli o strategie per erogare cure palliative di base nelle CRA-RSA. Analogamente non si trova traccia di una strategia nazionale o regionale.

La mancanza di un flusso dati omogeneo rende questo problema semplicemente invisibile ai policy makers stante le sofferenze inutili delle persone ospiti e dei caregiver in un contesto di Reti depotenziate e sottofinanziate.

Lo scopo del nostro lavoro è utilizzare la nostra esperienza maturata in ambito provinciale di oltre 50 CRA-RSA per consentire di stilare un elenco di raccomandazioni operative utili all'implementazione delle buone pratiche nel settore.

METODO: Sono stati condotti diversi focus groups volti a migliorare il protocollo precedente (a chiamata). È stato condiviso di dare la priorità all'identificazione precoce dei bisogni, alla definizione dei progetti di cura individualizzati (PAI) e alla segnalazione dei casi alla rete.

Il modello di erogazione diffusa delle CP della nostra provincia garantisce il livello di CP di base (Primary Palliative Care) [2] coinvolgendo quindi: medici di medicina generale esperti, infermiere della RLCP e psicologo (quando rilevato bisogno dell'equipe) unitamente all'identificazione dentro ogni CRA-RSA di un'equipe interna in risposta alla minaccia dell'elevato turn over del personale.

Durante la stesura del protocollo ci si è posti 4 domande che condividiamo:

- 1- Quale strumento utilizzare per selezionare il bisogno di cure palliative che possa essere in una presa in cura precoce?
- 2- Come organizzare, segnalare e valutare l'ingresso nella Rete Locale del residente eleggibile?
- 3- Come creare almeno un flusso dati per avere una tracciabilità dei dati?
- 4- Quali indicatori che possano misurare la performance?

RISULTATI: In risposta alla prima domanda abbiamo introdotto come strumento lo SPICT [3] versione completa in italiano che sembra essere aver agevolato una presa in carico precoce o che comunque potrebbe aver contribuito insieme alla formazione ad una migliore attitudine a documentare progetti di cura orientati alla CP con formalizzazione di PAI (Piani Assistenziali Individuali).

Come segnalazione alla rete abbiamo utilizzato la stessa scheda di valutazione che si usa al domicilio. Settimanalmente in UVCPD (Unità Valutazione Cure Palliative Domiciliari) si valida l'appropriatezza delle singole segnalazioni (criteri definiti nel testo integrale protocollo).

Gli indicatori sono esplicitati nel protocollo che è stato pubblicato.

Dall'analisi è emerso che nei mesi del 2024 gli inserimenti in CRA-RSA sono stati 4324. Nel 2024 sono stati attivati 917 PAI CP (21,2% della popolazione totale) di cui segnalati alla RLCP 403 (9,3% della popolazione totale). **GRAFICO 1**

I decessi totali nell'anno sono stati 1181. Gli ospiti deceduti in CRA sono 911 (77,1% del totale), di cui 612 (67,2% dei deceduti in CRA) con un PAI di CP e 299 (32,8% dei deceduti in CRA) senza PAI di CP. Mentre i residenti deceduti in ospedale sono 261 (22,1% del totale), di cui 36 (13,8% dei deceduti in ospedale) con un PAI di CP e 225 (86,2% dei deceduti in ospedale) senza PAI di CP.

Il totale dei residenti deceduti con PAI di CP attivo nel 2024 è di 648 (54,9% dei decessi totali) di cui 36 in Ospedale (5,56% dei decessi di CP attivo). **GRAFICO 2**

Le segnalazioni delle CRA-RSA alla rete raccolte, nei primi nove mesi dall'applicazione della procedura sono 403 residenti, di cui 117 uomini (età media 83 anni), 286 donne (età media 89 anni). Sono state compilate 340 SPICT (84,3% di tutte le segnalazioni), nelle quali le prime tre patologie maggiormente riportate sono: demenza/fragilità (209), patologia neurologica (122), cancro (49).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0 EVOLUZIONE DELLE RETI PER IL RINNOVAMENTO DEL SISTEMA SANITARIO NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



I residenti deceduti nel 2024 sono 226 (56,1% di tutti i residenti segnalati alla rete) con un tempo medio di presa in cura, ovvero dall'identificazione fino al decesso, di 54,18 giorni. I residenti con una presa in carico per un periodo uguale o inferiore a 10 giorni sono 66 (29,2% dei residenti deceduti segnalati alla rete). Tra i deceduti prima della presa in carico da parte della rete 122 residenti hanno avuto almeno 1 ricovero ospedaliero, con una media di 1,17 ricoveri per persona, mentre dopo la segnalazione alla rete solo 14 residenti sono stati sottoposti ad almeno 1 ricovero ospedaliero, con una media di 0,062 ricoveri per persona.

GRAFICO 3.

GRAFICO 1.

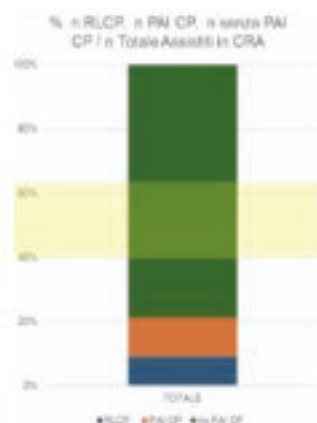


GRAFICO 2.

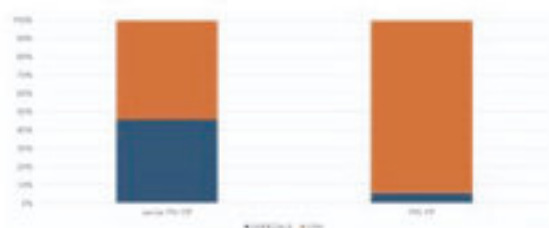


GRAFICO 3.



CONCLUSIONI: Un protocollo che integri CRA-RSA e RLCP è possibile e richiede un lavoro strutturato e di integrazione tra servizi, in divenire per la mancanza di procedure solide in letteratura. I dati raccolti suggeriscono un'esperienza positiva dove il punto di forza è quello di aver coinvolto e dato un ruolo concreto ai Medici Esperti in CP, agli infermieri delle Cure Palliative domiciliari e del team interno alle CRA mentre quello critico è la mancanza di risorse umane ed economiche dedicate alla presa in cura. La raccolta dei dati e la verifica degli obiettivi in risposta agli indicatori consente di supportare il progetto nelle criticità.

emergenti. La tendenza è quella di una maggior attitudine a definire future care planning che insieme all'identificazione precoce sono tra gli obiettivi di questo progetto per i quali è necessaria una raccolta dati in un arco temporale più ampio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Peruselli C. et al. Il bisogno di cure palliative, Rivista Italiana di Cure Palliative. 2019
2. Munday D, Pastrana T, Murray SA. Defining and developing primary palliative care as an essential element of primary health care. Palliat Med. 2024 Sep;38(8):766-769. doi: 10.1177/02692163241270915. Epub 2024 Aug 19. PMID: 39155820; PMCID: PMC11528942
3. Casale G, Magnani C, Fanelli R, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. BMC Palliative Care 19, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SIMULTANEOUS CARE IN EMATOLOGIA: IL MIELOMA MULTIPLO COME PARADIGMA PER UN MODELLO INTEGRATO DI ASSISTENZA DOMICILIARE SPECIALISTICA

Pierluigi Alfieri¹, Sandra Consolini², Giulia Ricco^{1,2}, Andreina Saba², Barbara Gamberi¹, Francesco Merli¹

¹ AUSL-IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova I.S.C. Ematologia, Reggio Emilia, Italia, ² AUSL-IRCCS Dipartimento Cure Primarie I Servizio Infermieristico Domiciliare, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Il concetto di cure simultanee, che implica l'integrazione tempestiva e adattabile delle cure palliative nei percorsi terapeutici curativi, ha guadagnato sempre più attenzione negli ultimi anni, diventando un approccio riconosciuto e apprezzato in oncologia. Tuttavia, in ematologia, l'adozione di questo paradigma è risultata più tardiva e complessa, a causa delle traiettorie prognostiche spesso imprevedibili, della durata prolungata dei trattamenti e della dipendenza da procedure ad alta intensità.

Il mieloma multiplo si configura come una patologia ideale per valutare l'efficacia di un modello di simultaneous care che favorisca la continuità tra ospedale e domicilio. Trattandosi di una neoplasia cronica, soggetta a plurime recidive e gravata da lesioni scheletriche che compromettono l'autosufficienza, i bisogni assistenziali e le opzioni terapeutiche per questa patologia evolvono nel tempo, richiedendo quindi un approccio personalizzato alla gestione del paziente.

Scopo del presente lavoro è descrivere, sotto il profilo clinico e organizzativo, la presa in carico domiciliare specialistica di pazienti affetti da mieloma multiplo. In un'epoca contrassegnata dall'introduzione di terapie innovative emergenti e dalla crescente cronicizzazione del decorso clinico, la nostra esperienza si propone come un esempio concreto dell'applicazione della filosofia delle simultaneous care nel setting ematologico territoriale.

METODO: Il programma di ematologia domiciliare, attivo dal 2012 grazie a una convenzione tra l'Azienda USL di Reggio Emilia e la Fondazione GRADE Onlus, opera nel distretto sanitario di Reggio Emilia, che serve una popolazione di circa 230.000 abitanti su un territorio di 470 km².

L'accesso è riservato a pazienti maggiorenni affetti da patologie ematologiche, in condizioni di fragilità clinica (performance status compromesso, immunodepressione, impossibilità alla deambulazione autonoma) e residenti in un contesto abitativo compatibile con la gestione domiciliare.

Il servizio si rivolge prevalentemente a pazienti in fase avanzata o terminale di malattia, a soggetti con emopatie croniche stabili e a coloro che, durante trattamenti attivi, necessitano di monitoraggio intercorso o supporto post-dimissione.

Nella coorte di pazienti assistiti dal 2012 al 2025 è stata selezionata una sottopopolazione composta da 122 persone con diagnosi di mieloma multiplo. L'inclusione è avvenuta retrospettivamente, sulla base della documentazione clinica e della presa in carico attiva da parte del team domiciliare.

Per ciascun paziente sono stati raccolti dati relativi all'età e alla fase della malattia al momento della presa in carico domiciliare, alla durata dell'assistenza e alla tipologia di prestazioni erogate.

La raccolta dei dati è stata effettuata mediante analisi della cartella clinica domiciliare e dei registri compilati sistematicamente nel corso dell'attività. La descrizione del percorso assistenziale si concentra sugli aspetti clinici e organizzativi della presa in carico domiciliare nel mieloma multiplo, con l'obiettivo di individuare pattern assistenziali ricorrenti e peculiarità del modello applicato a questa patologia.

RISULTATI: Nel periodo compreso tra il 2012 e il 2025 sono stati seguiti a domicilio 122 pazienti affetti da mieloma multiplo, pari a circa il 20% del totale dei pazienti assistiti dal servizio. L'età media alla presa in carico è di 76 anni (range 42-98), con una leggera prevalenza del genere femminile (54% vs. 46%). La durata media di un ciclo assistenziale è risultata pari a 307 giorni.

Con un'analisi qualitativa tematica sono stati identificati sei pattern assistenziali:

1. Accesso precoce alle cure palliative. Circa metà dei pazienti ha ricevuto cure palliative domiciliari integrate già durante la fase di trattamento attivo in prima o secondaria linea, senza interruzione delle terapie anti-mieloma.
2. Erogazione di terapie complesse. Oltre un terzo dei pazienti ha ricevuto direttamente a domicilio trattamenti antineoplastici non orali oppure trasfusioni di sangue e/o piastrine.
3. Diminuzione degli accessi impropri in PS. Il monitoraggio domiciliare ha permesso di intercettare precocemente le criticità, riducendo gli accessi ospedalieri non programmati.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

4. Reinserimento nel percorso ospedaliero. Il 15% dei pazienti ha ottenuto un miglioramento clinico tale da consentire il rientro in day service, mediamente entro sei mesi.
5. Gestione complessa del fine vita. Il 43% dei decessi è avvenuto in ambiente extra-ospedaliero, percentuale superiore al gruppo di controllo storico, ma comunque inferiore rispetto alla casistica domiciliare osservata in pazienti con altre patologie ematologiche (52%).
6. Soddisfazione dei pazienti e dei caregiver. Nella maggior parte dei casi, gli utenti del servizio hanno percepito la domiciliarità come opportunità di cura continuativa, umanizzata e coerente con le volontà espresse.

CONCLUSIONI: L'esperienza con la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da mieloma multiplo dimostra che è possibile applicare un sistema di cure simultanee efficaci, sostenibile e centrato sulla persona in ematologia. L'assistenza domiciliare, in questo contesto, non risponde solo alla fragilità clinica, ma diventa uno strumento attivo di integrazione tra cure palliative e cure attive.

Il nostro modello ha permesso di erogare trattamenti complessi (come trattamenti antineoplastici non orali, emotrasfusioni e gestione del dolore) in un setting extraospedaliero, mantenendo elevati standard di sicurezza. L'anticipazione delle cure palliative e la continuità del supporto clinico hanno reso i percorsi di cura più lineari e allineati ai bisogni e alle scelte dei pazienti.

Gli esiti osservati — come la preferenza per il domicilio o l'hospice come setting per il fine vita, la riduzione degli accessi impropri al pronto soccorso e il reinserimento nel percorso ospedaliero per alcuni pazienti — suggeriscono un impatto positivo sia umano che organizzativo.

In sintesi, l'assistenza domiciliare nel mieloma multiplo rappresenta una modalità concreta di realizzare la simultanea cura in ematologia, con vantaggi misurabili in termini di qualità della vita, personalizzazione dell'assistenza e uso appropriato delle risorse. Sebbene questa analisi retrospettiva sia stata condotta in un contesto territoriale specifico, i risultati descritti delineano un modello replicabile e adattabile ad altri ambiti clinici e organizzativi.

BIBLIOGRAFIA:

Moore J, Callander N, Voutsinas J, et al. Home-based management of patients with hematologic malignancies: a systematic review of models, outcomes, and barriers. *J Palliat Med.* 2020;23(10):1367-1378.

Tanzi S, Venturelli F, Luminari S, et al. Early palliative care in haematological patients: a systematic literature review. *BMJ Support Palliat Care.* 2020 Dec;10(4):395-403.

Kayastha N, LeBlanc TW. Palliative care for patients with hematologic malignancies: are we meeting patients' needs early enough? *Expert Rev Hematol.* 2022;15(9):813-820.

Tsang M, Bischoff K, Schoenbeck KL, et al. Value of embedded palliative care: outpatient palliative care and health care utilization for patients with hematologic malignancies. *Blood Adv.* 2023;7(13):3146-3149.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



MONITORAGGIO DELLA PRESA IN CARICO E GARANZIA DI CONTINUITÀ DELLE CURE

Renza Piccinato¹, Elisa Mattiussi¹, Renza Adami¹, Monica Zorutti¹, Antonio Murrone¹, Carmela De Fusco¹, Loretta Caporale¹, Meri Marin¹, Chiara Taboga¹

¹Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Udine, Italia

SCOPO: In relazione al Piano di Potenziamento per le Cure Palliative 2023-2025, la Rete Locale di Cure Palliative ha intrapreso una riorganizzazione per adeguare la struttura della rete ai modelli suggeriti e per distribuire in modo equo le risorse sull'intero territorio aziendale.

Questa analisi ha avuto come principale obiettivo quello di garantire sicurezza e sostenibilità dei percorsi assistenziali favorendo una presa in carico appropriata, adeguata nelle tempistiche in relazione al bisogno

Tabella 1: Stratificazione della popolazione in base a patologia, fase di malattia e livello di intensità del bisogno di Cure Palliative.

Patologie VS Livello complessità del bisogno di CP	Livello di intensità del bisogno di CP				Totale complessivo
	Molto complessa	Non complessa	Complessa	Perso	
ALTRE PAT.	2	3	2		7
IN PEGGIORAMENTO	1				1
INSTABILE			1		1
MORENTE	1				1
STABILE		3	1		4
CANCRO	89	51	79	7	226
IN PEGGIORAMENTO	67	3	29		99
INSTABILE	15	3	15		33
MORENTE	7			1	8
STABILE		45	35		80
(vuoto)				6	6
DEMENTIA/FRAGILITA'	3	6		2	11
IN PEGGIORAMENTO	2				2
MORENTE	1				1
STABILE		6			6
(vuoto)				2	2
PAT. CARDIACA VASCOLARE	4	1	5	1	11
IN PEGGIORAMENTO	2		2		4
INSTABILE	1				1
MORENTE	1				1
STABILE		1	3		4
(vuoto)				1	1
PAT. EPATICA		1			1
STABILE		1			1
PAT. NEUROLOGICA	1	2	6	1	10
IN PEGGIORAMENTO			4		4
INSTABILE		2			2
MORENTE	1				1
STABILE			2		2
(vuoto)				1	1
PAT. RESPIRATORIA	1		3		4
IN PEGGIORAMENTO			1		1
INSTABILE	1				1
STABILE			2		2
(vuoto)					
(vuoto)					
Totale complessivo	100	64	95	11	270

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

espresso e di continuità nella rete dei servizi. La revisione delle attività ha coinvolto i medici palliativisti appartenenti alla SOCCure Palliative e gli infermieri di Cure Domiciliari in organico alle Case della Comunità. La pianificazione ha previsto un periodo di transizione per il progressivo inserimento di personale nella rete di cure palliative, nel quale è stato progettato un piano di lavoro a incremento graduale e una introduzione progressiva di nuove risorse umane ed attestazione delle competenze.

A supporto di tale transizione ed a garanzia della continuità delle cure è stato ideato un percorso di monitoraggio della presa in carico tramite contatto telefonico prima della visita domiciliare.

METODO: Il sistema di monitoraggio telefonico ha visto come protagonisti i componenti dell'equipe di cure palliative domiciliari, che comprende 3 infermieri di cui uno dedicato full time e due a tempo parziale, un medico palliativista attivo 5 giorni su 7.

Il progetto comprende due sedute settimanali con impegno dell'infermiere esperto in cure palliative e il supporto del medico palliativista; le attività prevalenti sono rivolte sia agli utenti già in carico che a quelli che accedono alla rete di cure palliative per la prima volta.

Gli utenti in carico vengono contattati per monitorare le condizioni globali, gestire eventuali turbolenze assistenziali, attivare servizi sociali territoriali necessari e programmare in modo tempestivo le visite domiciliari. Gli utenti in prima valutazione vengono contattati per offrire spazi di chiarimento in merito al servizio, effettuare uno screening preliminare rispetto al bisogno, attivare eventuali servizi territoriali di tipo socio-sanitario, concordare l'organizzazione della prima visita.

Gli strumenti di screening utilizzati sono SPICTP per valutare la presenza di bisogno di cure palliative e IDC-Pal per classificare la complessità di tale bisogno. I contatti telefonici hanno esplorato e classificato la patologia prevalente, la fase di malattia e il livello di complessità del bisogno.

RISULTATI: Nel periodo di osservazione (novembre 2024-aprile 2025) sono stati segnalati 270 pazienti di cui 121 con presa in carico chiusa e 149 ancora in carico in linea al momento della rilevazione di aprile.

La patologia prevalente è stata quella neoplastica (83.7%), seguita dalle patologie neurologiche (4.1%) e dalle patologie cardiache (4.1%). Età media del paziente alla presa in carico 79 anni.

È stato possibile effettuare una prima visita a 257 pazienti, 13 sono deceduti o sono stati ricoverati prima. A seguito della visita di valutazione e conferma della bassa complessità 39 pazienti sono stati inseriti in un monitoraggio con il medico a ruolo unico (cure palliative livello base), lasciando la disponibilità di consulenza esperta in caso di peggioramento delle condizioni.

La segnalazione per la presa in carico ha origine dai servizi ospedalieri e territoriali rispettivamente: segnalazioni dal medico ruolo unico 172 pazienti (63.7%), ospedale 62 (22.9%), servizio di assistenza domiciliare 4 (1.5%). Per 32 pazienti (11.9%) la presa in carico da parte del servizio era precedente alla strutturazione del sistema di monitoraggio.

Il tempo di attesa medio per la prima visita è di 10,15 giorni con una mediana di 7, un minimo di 0 giorni e un massimo di 141.

L'analisi della fase di malattia alla presa in carico è stata classificata come situazione instabile, in peggioramento, situazione stabile e paziente morente. La condizione prevalente di attivazione della rete è quella di improvviso peggioramento (41%) e di stabilità (36%), più rare le fasi di instabilità (14%) e del paziente morente (4.5%).

L'analisi del livello di intensità del bisogno indica che nel 24% dei casi il livello è identificato come non complesso, nel 35% dei casi è indicato come abbastanza complesso, nel 41% dei casi è molto complesso.

Il confronto dei dati rilevati in merito a patologia prevalente, livello di intensità del bisogno di cure palliative e fase di evoluzione della malattia, indica che le segnalazioni alla rete di cure palliative, prescindendo dalla patologia prevalente, vengono eseguite quando la malattia ha un peggioramento in atto ed è in una fase di instabilità, con un bisogno di cure palliative complesso o molto complesso (tabella 1).

Il tempo di presa in carico nella rete di cure palliative in relazione alla complessità iniziale del bisogno di cure palliative è stato: per il bisogno non complesso 93 giorni, per il bisogno complesso 60 giorni, per il bisogno complesso 51 giorni.

Nel periodo monitorato sono stati effettuati 835 contatti telefonici in 46 giornate di attività dedicata, per una media di 18 telefonate al giorno. La media dei contatti per paziente è di 3 contatti.

Il motivo del termine della presa in carico nel 93% dei casi è stato il decesso del paziente, un paziente ha rifiutato la presa in carico e il restante 6% ha visto il trasferimento del paziente in un territorio di residenza diverso.

Il luogo di decesso è stato nel 76% dei casi il domicilio o la struttura dedicata alle cure palliative (Hospice), nel 24% un reparto di degenza ospedaliero o il pronto soccorso.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Il sistema di monitoraggio telefonico a supporto dell'attività domiciliare ha permesso di mantenere i volumi di attività e gestire le agende in modo dettagliato e tempestivo. L'attività ha disegnato un quadro più chiaro della popolazione di afferenza alla rete di cure palliative aziendale e ha stimolato una progettazione mirata rispetto al bisogno rilevato. Nonostante la revisione organizzativa e i cambiamenti logistici gli indicatori denotano che è stata garantita la presa in carico in sicurezza con completamento del percorso all'interno della rete di cure palliative.

BIBLIOGRAFIA:

DELIBERA DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1475 DEL 22 SETTEMBRE 2023

L. 197/2022, ART. 1, COMMA 83. PIANO REGIONALE DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE PER IL TRIENNIO 2023-2025.

AGENAS, Linee di indirizzo percorso evolutivo. Sistemi Medicali per Telemonitoraggio



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE CURE SIMULTANEE: TERAPIA ATTIVA E CURE PALLIATIVE, LO STATO DELL'ARTE E PROSPETTIVE FUTURE

Tiziano Zinicola¹, Arianna Nicoli², Antonia Frisone¹, Marco Specchia³, Elisabetta Lepre⁴, Fabio Allega⁵, Walter Tirelli¹, Luigi Lombardo¹, Antonio Diroma¹, Patrizia Ginobbi¹, Evelina Pedaci², Italo Penco¹

¹Fondazione Sanità e Ricerca, Roma, Italia, ²Hospice Cure Palliative Distretto di Lecce, San Cesario di Lecce, Italia, ³Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia, ⁴Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, Roma, Italia, ⁵Medica Group, Roma, Italia

SCOPO: Le cure simultanee integrano l'oncologia con le cure palliative per rispondere ai bisogni complessi - fisici, psicologici e sociali - dei pazienti affetti da neoplasie avanzate. Società come la European Society of Medical Oncology (ESMO) e l'Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM) hanno sostenuto questa integrazione. Con il progressivo affermarsi delle cure simultanee nella pratica oncologica, alla luce della maggiore sopravvivenza globale e dell'affermarsi di nuove terapie, si rende necessaria una revisione sistematica delle migliori pratiche e dei modelli di integrazione esistenti. Questa revisione mira a identificare indicatori chiari e strategie operative per le cure simultanee, al fine di migliorare gli esiti clinici dei pazienti, orientare i professionisti sanitari e i decisori politici, e sostenere l'evoluzione dell'assistenza oncologica nei prossimi anni.

Author	Year	Country	Type of paper	N of Patients
Santini A et Al.	2024	Italy	Case series	4
Gallano A. et Al.	2024	Italy	Observational, cross-sectional	162
Grossoehme DH et Al.	2023	USA	Observational, retrospective	31
Ruggiero E. et Al.	2022	Italy	Narrative review	NA
Gallano A. et Al.	2022	Italy	Observational, prospective	753
Lanini I. et Al.	2022	Italy	Narrative review	NA
Brunello A. et Al.	2022	Italy	Observational, prospective	753
Riondino S. et Al.	2020	Italy	Narrative review	NA
Bellhouse S. et Al.	2020	UK	Observational, prospective	10
Cortellini A. et Al.	2020	Italy and Austria	Interventional, prospective	163
Peirano G. et Al.	2019	Argentina	Observational, retrospective	168
Nicola P. et Al.	2019	Italy	Commentary	NA
Mercadante S. et Al.	2019	Italy	Observational, prospective	314
Corsi D. et Al.	2019	Italy	Consensus document	NA
Cortellini A. et Al.	2019	Italy and Austria	Interventional, prospective	66
De Panfilis L et Al.	2018	Italy	Case report	1
Pace A. et Al.	2018	Italy and USA	Commentary	NA
Ferrari P. et Al.	2018	Italy	Narrative review	NA
Walling et Al.	2017	USA	Interventional, prospective	2829
Martoni et Al.	2017	Italy	Interventional, prospective	234
Lang V. et Al.	2017	Germany	Observational, prospective	740
Zagonel V. et Al.	2017	Italy	Position paper	NA
Zagonel V. et Al.	2017	Italy	Commentary	NA
Hui D. et Al.	2015	USA, South Korea, China, Israel, Switzerland, Norway	Systematic review	NA
Rhondali W. et Al.	2013	USA	Observational, prospective	NA
Meyers F. J. et Al.	2011	USA	Interventional, prospective	1596
Hui D. et Al.	2010	USA	Observational, retrospective	57
Hui D. et Al.	2010	USA	Observational, retrospective	2604
Hui D. et Al.	2010	USA	Observational, retrospective	2568
Meyers F.J. et Al.	2004	USA	Interventional, prospective	64
Meyers F.J. et Al.	2003	USA	Case report	1

METODO: È stata condotta una revisione della letteratura secondo le linee guida PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Metanalysis). I termini di ricerca utilizzati sono stati ['simultaneous care' AND ('palliative care' OR 'palliative medicine')]. Alla conduzione della revisione hanno partecipato medici palliativisti, un terapeuta del dolore, un oncologo medico, radioterapisti e uno psicoterapeuta. Le citazioni pertinenti sono state selezionate per la revisione a testo completo. Sono stati esclusi gli articoli non riferiti a patologie oncologiche.

RISULTATI: Inizialmente sono stati individuati trentanove articoli pubblicati tra il 2003 e il 2024. Sette articoli sono stati esclusi in quanto non pertinenti all'ambito oncologico. Dopo l'analisi degli abstract e

successivamente del testo completo, trentuno articoli sono stati ritenuti idonei e inclusi nel campione finale della revisione.

CONCLUSIONI: Le evidenze mostrano che un'integrazione precoce delle cure palliative può migliorare la sopravvivenza, ridurre trattamenti aggressivi non necessari e garantire che i pazienti ricevano cure nel contesto da loro preferito, evitando ricoveri non pianificati e riducendo la spesa sanitaria. A mano a mano che la cultura delle cure simultanee si consolida, è fondamentale promuovere l'invio precoce del paziente da parte delle unità di Oncologia Medica con una presa in carico globale da parte del medico palliativista. Tutto questo è essenziale per offrire un'assistenza oncologica di alta qualità, centrata sulla persona.

BIBLIOGRAFIA:

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Med* 2009;6: e1000097

Simultaneous Home-Based Pediatric Hospice and Palliative Care: Characterizing the Population. Grossoehme DH, Smith S, Cicoci K, Jenkins R, Richner G, Hiltunen A, Friebe S. *J Palliat Med*. 2023 Apr;26(4):554-558. doi: 10.1089/jpm.2022.0477. Epub 2023 Jan 16.

Integration of oncology and palliative care: a systematic review. Hui D, Kim YJ, Park JC, Zhang Y, Strasser F, Cherny N, Kaasa S, Davis MP, Bruera E. *Oncologist*. 2015 Jan;20(1):77-83. doi: 10.1634/theoncologist.2014-0312. Epub 2014 Dec 5.

Simultaneous care in oncology: Assessment of benefit in relation to symptoms, sex, and age in 753 patients. Galiano A, Schiavon S, Nardi M, Guglieri I, Pambuku A, Martino R, Bolshinsky M, Murgioni S, Intini R, Soldà C, Marino D, Daniel F, De Toni C, Pittarello C, Chiusole B, Prete AA, Bimbatti D, Nappo F, Caccese M, Bergamo F, Brunello A, Lonardi S, Zagonel V. *Front Oncol*. 2022 Oct 14;12:989713. doi: 10.3389/fonc.2022.989713. eCollection 2022.

Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care). Zagonel V, Franciosi V, Brunello A, Biasco G, Broglio C, Cattaneo D, Cavanna L, Corsi D, Farina G, Fioretto L, Gamucci T, Lanzetta G, Magarotto R, Maltoni M, Marchetti P, Massa E, Mastromauro C, Melotti B, Meriggi F, Nacci A, Pavesi I, Piva E, Quirino M, Roselli M, Sacco C, Tonini G, Trentin L, Ucci G, Labianca R, Gori S, Pinto C, Cascinu S; AIOM Simultaneous and Continuous Care (SCC), Task Force: ESMO Italian DCs. *Tumori*. 2017 Jan 21;103(1):9-14. doi: 10.5301/tj.5000593. Epub 2016 Dec 19.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CO-CREATION: STRUMENTO COLLABORATIVO PER UNA PRESA IN CARICO PRECOCE IN CURE PALLIATIVE DEI PAZIENTI ONCOLOGICI IN TERAPIA ATTIVA. PROGETTO PILOTA

Chiara Venturini¹, Elena Parmeggiani¹, Sara Piombo¹, Sarah Dal Pian¹, Stefania De Lorenzo¹, Sharon Nahas¹
¹Accademia delle Scienze di Medicina Palliativa - ASMEPA (Alma Mater Studiorum Bologna), Bentivoglio (BO), Italia

SCOPO: Negli ultimi anni si è assistito a un'intensificazione del dibattito sulla necessità di attivare precocemente le Cure Palliative in ambito oncologico, in relazione ai pazienti in fase avanzata di malattia. L'attivazione simultanea delle Cure Palliative e delle terapie oncologiche rappresenta una strategia fondamentale per garantire una migliore qualità di vita ai pazienti, gestendo tempestivamente sintomi psicofisici e offrendo loro supporto terapeutico, psicologico e sociale (Hui et al., 2014). Tuttavia, nonostante il crescente bisogno di questi interventi, il numero di attivazioni precoci delle Cure Palliative, in particolare nelle strutture ambulatoriali, è in calo. L'attivazione avviene ancora oggi in modo tardivo, quando il paziente si trova già in una fase avanzata o avanzatissima, riducendo così l'efficacia dell'assistenza (Dalgaard et al., 2014; CNB, 2023).

Gli obiettivi del Progetto Pilota sono individuare e definire: gli ostacoli (comunicativi, organizzativi, strutturali) che limitano l'attivazione tempestiva di un percorso di Cure Palliative precoci nelle realtà operative coinvolte (DH oncologico e Hospice) e gli elementi che possono facilitare il processo di integrazione e presa in carico.

METODO: È stato utilizzato il metodo Co-Creation, ovvero un processo di creazione collaborativa tra persone che condividono un obiettivo che favorisce l'empowerment, l'efficienza e lo sviluppo di nuove conoscenze (Fusco et al., 2023). Come primo step è stato ideato un questionario avente l'obiettivo di raccogliere informazioni relative alle difficoltà percepite dalle équipe nell'attivazione delle Cure Palliative precoci, facendo emergere le problematiche presenti nei diversi setting (DH oncologico, Hospice). A seguito dell'analisi dei risultati sono stati organizzati 3 Focus Group con l'obiettivo di creare un dialogo costruttivo e collaborativo tra i professionisti. Nel primo incontro sono stati discussi i risultati emersi dal questionario, il secondo incontro era focalizzato a individuare proposte facilitanti e nel terzo incontro sono state definite modalità, tempistiche e contenuti delle proposte. Nei Focus Group, i partecipanti hanno potuto condividere le loro esperienze, identificare criticità e proporre soluzioni innovative. Per facilitare la comunicazione e il continuo scambio di idee tra i professionisti, è stata inoltre creata una mailing list dedicata che permette ai membri delle équipe di continuare a confrontarsi e monitorare i progressi del progetto in tempo reale.

RISULTATI: Il questionario è stato distribuito ai membri dell'équipe dell'Hospice (5 infermieri e 7 medici) e del DH Oncologico (4 infermieri e 2 medici). Al primo Focus Group hanno partecipato 2 medici e 2 infermieri del DH Oncologico e 3 infermieri, il dirigente infermieristico e il dirigente medico dell'Hospice.

Sebbene il progetto sia ancora in corso, dai risultati preliminari sono emerse alcune criticità percepite come principali ostacoli alla presa in carico precoce: la diffidenza da parte dei sanitari e la scarsa motivazione all'attivazione precoce delle Cure Palliative, entrambe dovute allo stigma 'Cure Palliative uguale morte' e alla mancanza di risorse (tempo e spazi).

Successivamente si è lavorato per far emergere elementi facilitanti che potessero ovviare a tali criticità: la necessità di trovare uno spazio fisico condiviso, che possa diventare un punto di riferimento per il lavoro multidisciplinare, è risultato come elemento prevalente per superare le barriere favorendo una collaborazione integrata e un approccio coordinato nella gestione del paziente.

Altri facilitatori emersi sono: la creazione di opuscoli informativi, accessibili e comprensibili, che spieghino significato e obiettivi delle Cure Palliative; introdurre nuove modalità di collaborazione tra le équipe, ad esempio organizzare degli incontri ogni 15 giorni finalizzati alla discussione e al confronto sui casi clinici più complessi o giornate informative con i pazienti e familiari. Al termine dei focus group e dopo l'attuazione delle soluzioni condivise, verrà nuovamente distribuito un questionario agli operatori coinvolti, con l'obiettivo di rilevare eventuali differenze rispetto al percepito iniziale.

CONCLUSIONI: Tramite il processo innescato dal metodo Co-Creation si auspica di poter rafforzare la rete di relazione e collaborazione tra i due setting che assicurano, in primis, il paziente e i familiari nell'essere seguiti



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



simultaneamente da due équipes, con conseguente miglioramento della presa in carico precoce multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA:

- KAREN MARIE DALGAARD et al., Early integration of palliative care in hospitals: A systematic review on methods, barriers, and outcome, 'Palliative and Supportive Care', vol. 12, pp. 495-513;
- DAVID HUI et al., Impact of timing and setting of palliative care referral on quality of end-of-life care in cancer patients, 'Cancer', 1 giugno 2014, pp. 1743-1749;
- Cure Palliative, 'Comitato Nazionale della Bioetica', 14 dicembre 2023;
- FLORIANA FUSCO et al., Co-creation in healthcare: framing the outcomes and their determinants, 'Journal of Service Management', vol. 34, issue 6, pp. 1-26;



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA RETE DI CURE PALLIATIVE DI FRONTE AGLI ACCESSI IN PRONTO SOCCORSO. DALLA REALTÀ LOCALE ALLA PROGETTUALITÀ

Marzia Tecchioli¹, Alice Carrera¹, Fabio Gorza², Clara Ferreira²

¹Università degli Studi di Trieste, Trieste, Italia, ²ASUGI, Trieste, Italia

SCOPO: La revisione critica dell'organizzazione dei servizi sanitari rappresenta uno degli strumenti più efficaci per garantire la qualità dell'assistenza e individuare opportunità di miglioramento continuo. L'attuazione di un percorso di crescita e di perfezionamento della Rete di servizi assume un'importanza fondamentale, soprattutto in Cure Palliative (CP), dove l'attenzione alla qualità della vita e alla gestione dei sintomi è essenziale per garantire i LEA, il rispetto dei bisogni dei malati e delle loro famiglie.

Lo studio analizza le criticità e i punti di forza della Rete Locale di CP (RLCP), con lo scopo di cercare di ridurre gli accessi al Pronto Soccorso dei malati in carico alle équipe specialistiche, che rappresentano, talora, un "fallimento" della Presa in Carico (PIC), ma anche un rischio dal punto di vista clinico-assistenziale, soprattutto per coloro che si trovano in fase avanzata di malattia. Nella PIC palliativa, infatti, l'obiettivo è di intercettare i bisogni, trattare i sintomi, pianificare in maniera condivisa le cure anche per evitare i ricoveri impropri, in modo da offrire una assistenza il più vicina possibile alle loro esigenze fisiche, sociali e spirituali anche nelle fasi più avanzate.

Genere	M 65% F 35%
Fascia d'età	81-90 (33,8%) 71-80 (27,2%) 61-70 (19,8%)
Comorbidità	Cardiovascolare 61,5% Diabete 18,4% Pneumopatia 16,6% Neuropatia 14% Altro 5% (es. oncologia)
Motivo della presa in carico	Oncologico in cure simultanee (88,8%) Oncologico supporto esclusivo (14,6%) Ematologico in cure simultanee (2,9%) Ematologico supporto esclusivo (3,8%) Cardiopatia esitante (2,6%) Neurologico SLA (2,3%)
Caregiver	Partner/colega 69,8% Personale di struttura 17,6%
Numero di farmaci presa in carico	7 (11%) 6 (11,8%) 4 (10,8%) 2 (10,8%)
IPCS	Dolore (51,6%) Problemi di mobilitazione (10,8%) Anemia (26,8%) Inappetenza (24,6%) Stitichezza (12,1%) Dispnea (12,1%) Bontà (9,7%)

Fascia settimanale dell'accesso PS	Gior. feriali, da lunedì a giovedì (54,4%) Fine settimana, da venerdì a domenica (44,4%) Gior. feriali, da lunedì a sabato (1,1%)
Fascia oraria	8-16 (10,3%) 21-08 (29,6%) 16-21 (20,1%)
Motivo dell'accesso	Correlato a patologia di base (85,7%) Dolore mal controllato (35,8%) Dispnea/malf. respiratoria (17,2%) Infezione (20%)
Accesso su segnalazione e presa in carico	Neonito
Procedure eseguite	Esami ematologici (85%) Accertamenti radiologici (64%)
Esito accesso PS	Dimissione a domicilio (55%) Ricovero (21%) Morte in Hospice (11%)
Se ricovero, in che setting	Medicina interna (72%) Medicina d'Urgenza (17,4%)

METODO: Metodo: retrospettivo osservazionale attraverso raccolta dati da fascicolo sanitario elettronico e supporto informatico aziendale. È stato utilizzato un modulo informatizzato anonimizzato.

Popolazione: pazienti in carico alla RLCP nel periodo gennaio - giugno 2024 che hanno avuto almeno un accesso al PS nel periodo considerato. Nel nostro territorio, il servizio domiciliare opera dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 16 circa (non sono previste coperture notturne e/o festive).

Dati raccolti: dati anagrafici, sesso, patologia di base, comorbidità principali, presenze di caregiver, sintomi principali all'ultimo controllo domiciliare di CP e relativa data della visita, motivo dell'ingresso in Pronto

Soccorso(PS), giorno della settimana e fascia oraria dell'accesso, prestazioni eseguite, esito (dimissione, ricovero in reparto, decesso in PS, richiesta per accoglienza in Hospice). Sono stati inoltre registrate le date di ricezione della segnalazione al Servizio di CP e la data dell'effettiva PIC.

RISULTATI: (Parziali; lo studio è ancora in fieri i dati completi saranno presentati in sede di congresso, qualora il lavoro sarà giudicato idoneo. Per lo stesso motivo la statistica eseguita al momento è solamente descrittiva.)

207 pazienti presi in carico dalle Cure Palliative hanno avuto almeno un accesso in PS. Gli accessi sono stati 349 in totale; il 65% dei pazienti è risultato di sesso maschile, in cure simultanee (68,8%), di età avanzata (media...mediana), spesso co-morbidi (patologia cardiovascolare e diabete le più rappresentate), provenienti da domicilio con caregiver presente (53%).

L'accesso è stato registrato nel 54% nella fascia settimanale dal lunedì al giovedì e in orario diurno (8-16, nel 50,3% dei casi). Il motivo di accesso in PS era correlato alla patologia principale nel 85,7% dei casi. Nel dettaglio, le motivazioni più frequenti sono state: dolore mal controllato (35,8%), dispnea (17%), febbre/infezione (10%). Nessun paziente si è recato in PS nell'intervallo fra segnalazione e presa in carico. In PS l'85% dei pazienti ha eseguito esami ematochimici e il 64% accertamenti radiologici. L'accesso è concluso con la dimissione a domicilio nel 55% dei casi, con un ricovero nel 21% (Medicina interna 72%; Medicina d'Urgenza 17,4%), e nel 12% vi è stata richiesta per valutare idoneità ad accoglienza in Hospice. Il 3,7% degli accessi in PS è deceduto, mentre fra i ricoverati la percentuale di decesso sale al 21,5%.

I risultati principali sono riassunti nella tabella 1 e 2.

CONCLUSIONI: Per quanto i nostri dati si basino su un'analisi descrittiva e preliminare, forniscono comunque una fotografia della realtà del nostro territorio.

Il 50% degli accessi in PS sembra avvenire nel fine settimana o in orari in cui comunque non vi è copertura da parte del nostro servizio. Interessante notare anche che molti pazienti che accedono in PS siano ancora in un percorso di Cure Simultanee, per cui il ricorso ad un setting di maggior intensità di cura potrebbe risultare clinicamente opportuno anche secondo criteri di proporzionalità e appropriatezza.

La maggior parte degli accessi in PS si è comunque concluso con una dimissione, e i decessi sono risultati comunque abbastanza rari.

Lo studio ha permesso di analizzare criticità e punti di forza del "neonato" Servizio di CP della nostra Azienda. I dati saranno utili per dimostrare alla Direzione Strategica la necessità di implementare il servizio, sia in termini di organico che di reperibilità oraria, anche per garantire la presenza di un'equipe ospedaliera. Sono in corso anche progetti di formazione con i colleghi del dipartimento di emergenza e urgenza.

BIBLIOGRAFIA:

- Bayuo, J. A.O. (2022). Palliative care interventions for adults in the emergency department: A review of components, delivery models, and outcomes. *Academic Emergency Medicine*, 29(11), 1357–1378.
- Fumi Dunkic, L. (2022). Palliative Treatment of Intractable Cancer Pain. *Acta Clinica Croatica*.
- Gage, C. H. (2023). Emergency medical services and palliative care: a scoping review. *BMJ Open*, 13(3), e071116.
- Moroni, L. P. (2019). Il modello organizzativo in cure palliative. *Rivista italiana di cure palliative*, 21:248-252.
- Orsi, C.M. (2019). Complessità e cure palliative. *Rivista italiana di cure palliative*, 21:196-204.
- Orsi, C.P. (2019). Il bisogno di cure palliative. *Rivista italiana di cure palliative*, 21:67-74.
- Tanzi, C.P. (2024). Standard di personale per le équipe specialistiche di cure palliative che operano nelle Reti locali di cure palliative per gli adulti; Raccomandazione del Gruppo di Lavoro multidisciplinare della Società Italiana di Cure Palliative (SICP). *Rivista italiana di cure palliative*, 26: 59-67.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



GESTIONE DOMICILIARE COMPLESSA DI UN MINORE CON TUMORE AVANZATO E DOLORE NON CONTROLLATO: SFIDE E CRITICITÀ DELLA RETI ASSISTENZIALI PUGLIESI

Alessandra Provenzano¹, Francesca Di Vincenzo¹, Clara Caso¹

¹Fondazione ANTIItalia Onlus, Bari, Italia

SCOPO: La gestione domiciliare di minori con malattie oncologiche avanzate presenta alcune sfide sia di tipo clinico-assistenziale, la gestione di sintomi complessi e difficili quale il dolore cronico resistente a trattamenti, che organizzativo-strutturale e di risorse umane, spesso scarse, sia di competenze quando la gestione di un minore è in carico all'equipe di cure palliative specialistiche dell'adulto. Questo abstract descrive un caso clinico complesso evidenziando le difficoltà incontrate nella gestione domiciliare all'interno di una rete locale di cure palliative del Sistema Sanitario Pugliese che necessita di una migliore e più strutturata integrazione tra i settings coinvolti.

METODO: R. è un bambino di 8 anni che a dicembre 2024 entra in un percorso di cure palliative specialistiche per malattia oncologica in fase avanzatissima e viene affidato all'equipe di cure palliative dell'adulto. R. a marzo 2023 riceve la diagnosi di neoplasia maligna indifferenziata del mediastino. A 6 mesi dalla fine del trattamento chemioterapico che aveva riportato una risposta totale sviluppa una recidiva con progressione tumorale e diffusione in tutti i distretti ossei specie a carico del bacino e del femore sx. Alla prima visita del palliativista R. deambula con zoppia, descrive il suo dolore come erodente, "che scava" con un NRS di 7/8. Viene avviato a terapia di associazione con paracetamolo (500 mg x3) e tramadolo gtt (15 gtt 2 volte al dì) con ottima risposta clinica già a 24h (NRS 2) viene aggiunto ketorolac gtt 15 gtt 1 volta al giorno, la sera, per peggioramento del dolore di base con risposta ottimale (NRS 0/1). Nelle settimane successive il dolore peggiora, la rotazione a morfina solfato 10 mg per os per 4 volte al dì non migliora il sintomo (NRS 5/6) e di lì a breve R. si aletta con severa limitazione funzionale degli A.L., specie dell'arto inf. sx. che rimane bloccato in estensione con impatto considerevole sulla sua qualità di vita. Si decide di fare uno switch a fentanyl transdermico con rapida escalation sino al raggiungimento del dosaggio di 75 mcg/h con discreto controllo del dolore di base (NRS 0/1), si aggiunge fentanyl trans mucosale 100 mcg per la gestione del BTCP da movimentazione e talora spontaneo con buona risposta al sintomo. L'arto sx è costretto però in posizione distesa antalgica con minima flessione del ginocchio e ridotte escursioni del piede. Peggiora la sua qualità di vita, ma nonostante tutto R. continua a coltivare la sua passione, l'assemblaggio di mattoncini Lego, provando ancora a convivere con la malattia. Dopo appena 2 settimane il dolore peggiora (NRS 8/9), si passa a fentanyl transdermico 100 mcg/h e morfina cloridrato 20 mg e.v. /die in pompa in infusione continua, con modesto controllo del dolore (NRS 7).

Si profila una scelta difficile sul piano clinico ed etico: siamo al sintomo refrattario? Si apre una riflessione tra palliativisti, onco-ematologi pediatri, radioterapisti e genitori di R. e R. stesso e si decide per un trattamento radioterapico antalgico su emibacino sx, femore sx e ginocchio sx. Le condizioni cliniche generali di R. rimangono stabili.

Il trasporto in ambulanza presso la Radioterapia del Policlinico di Bari rappresenta per l'equipe di cure domiciliari la sfida delle sfide e la conferma di come l'integrazione tra i settings assistenziali è ancora un percorso da completare. R. ha dolore intensissimo (NRS 10) tale da non poter sfiorare l'arto inf. sx nonostante premedicazione con fentanyl trans mucosale 200 mcg e infusione di 15 mg di morfina cloridrato in 30': si opta in accordo con la famiglia per una sedazione temporanea che viene mantenuta per tutto il trasporto in ambulanza, all'arrivo in radioterapia per tutto il tempo necessario ad acquisire le immagini TAC per il centraggio, per l'elaborazione dei volumi da trattare e durante la seduta di radioterapia (infusi 50 mg di midazolam). In assenza di un modello di lavoro basato su percorsi di cura pianificati e integrati, il palliativista territoriale responsabile del caso è in questa fase intra-ospedaliera l'unico referente (non strutturato) per la gestione dell'analgo-sedazione. R. dopo 2 giorni di ricovero e 2 sedute di radioterapia con buon controllo del dolore (NRS 2/3) rientrerà al domicilio.

Il dolore di Riccardo, rimane stabile per tre settimane (NRS 2) dalla fine del trattamento radiante senza ulteriori modulazioni della terapia antalgica (fentanyl TTS 100 mcg + 20 mg morfina cloridrato e.v./die in pompa elastomerica). Il successivo peggioramento del dolore viene gestito con incrementi graduali di morfina cloridrato sino al dosaggio totale di 50 mg di morfina e.v. al dì in pompa elastomerica. Le condizioni generali di R. peggiorano repentinamente, si spegne nel sonno senza necessità di sedazione.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RISULTATI: È necessario:

realizzare un modello basato su azioni pianificate e condivise all'interno di una rete ovvero la comunicazione col malato/ i familiari/ gli altri specialisti, la presenza di un'equipe di CP ospedaliere che collabori con l'equipe territoriale,

promuovere la definizione scritta e formalizzata di modalità di collaborazione con le unità di cure palliative domiciliari (come previsto dal DM 77) così da consentire al palliativista territoriale in assenza dello specialista ospedaliero di operare all'interno di una struttura ospedaliera,

promuovere la formazione in cure palliative,

favorire la formazione di Unità di Cure Palliative Ospedaliere che possa operare in co-gestione con l'equipe di CP territoriali: nel caso descritto farmaci quali morfina e midazolam usati durante la prima seduta di radioterapia sono stati introdotti in un reparto ospedaliero non strutturato per la gestione di complessità cliniche come quella del caso descritto,

colmare le lacune organizzative tra le reti di cure palliative dell'adulto e pediatriche

CONCLUSIONI: Il caso clinico evidenzia la necessità di potenziare le reti di cure palliative per realizzare un modello di lavoro basato sull'integrazione di competenze per costruire percorsi di cura clinicamente appropriati ed eticamente corretti. L'interazione tra specialisti ha lo scopo di garantire una corretta cura al malato ma anche una reciproca crescita professionale

BIBLIOGRAFIA: Revisione delle linee guida organizzative e delle raccomandazioni per la Rete oncologica che integra l'attività ospedaliera per acuti e post acuti con l'attività territoriale D.M. n° 70/2015

Decreto 23 maggio 2022 n. 77. Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



UN NUOVO MODELLO ORGANIZZATIVO: HOSPICE A GESTIONE INFERMIERISTICA

Norma Pellegatta¹, Patrizia Tortora¹, Giancarla Moscatelli¹, Clarissa Florian¹, Luca Moroni¹

¹Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso, Italia,

SCOPO: Questo modello organizzativo nasce dall'esigenza di accentrare la figura infermieristica come principale referente nella gestione dell'Hospice.

Il nostro servizio propone due setting di cura:

Hospice con 14 posti letto

UCP Dom

La nostra équipe comprende 6 medici, 2 coordinatori infermieristici, 14 infermieri, 9 OSS, 1 educatrice professionale, 1 assistente sociale, 2 fisioterapisti, 2 psicologhe.

METODO: Abbiamo sperimentato un modello organizzativo che prevede la rotazione, durante i 5 giorni della settimana, dei medici.

Tutti i nostri medici prestano la loro attività in UCP Dom. Un giorno alla settimana la loro attività si sposta nel reparto di degenza Hospice.

Per facilitare la continuità assistenziale, il case manager funge da facilitatore nelle comunicazioni tra le varie figure professionali, tra medico e famiglia, tra medico e medico. Nella prima mattina di lunedì tutti i medici, il case manager, il care manager, l'educatrice professionale, la psicologa si incontrano per un briefing per individuare percorsi, criticità, obiettivi dei pazienti ricoverati in Hospice.

Ogni 15 giorni si tiene una riunione d'équipe con le varie figure professionali dell'Hospice oltre alla presenza di alcune figure dell'UCP Dom: coordinatrice infermieristica, assistente sociale, psicologa. In questa occasione:

- si condividono strategie organizzative;
- si approfondiscono percorsi complessi;
- si analizzano casi clinici;
- si definiscono obiettivi sugli assistiti.

RISULTATI: Questo progetto organizzativo è iniziato a gennaio 2025 e ci siamo dati un primo step di analisi a giugno 2025.

Il nostro obiettivo è

- mantenere uno standard elevato clinico-assistenziale, nonostante la rotazione della figura medica.
- una relazione di cura efficace tra medico/paziente, medico/famiglia, équipe/pz, équipe/famiglia e tra l'équipe stessa.

CONCLUSIONI: Dopo 30 anni di attività, ci siamo accorti che il vecchio metodo di avere un solo medico di riferimento per il reparto Hospice era un po' limitato. La figura stessa del medico si trovava solo a dover decidere i percorsi clinici dei pazienti, erano pochi i momenti di confronto con i colleghi del servizio di cure palliative domiciliari e questo portava a momenti di fatica emotiva e a vivere un senso di solitudine.

Il resto dell'équipe si era abituato a un solo modello di pensiero, anche poco stimolante.

In questo primo periodo di sperimentazione invece il lavoro si presenta più dinamico e le relazioni tra i professionisti sono basate sul confronto e la crescita.

Ad oggi anche i pazienti e le loro famiglie non sembrano disorientati nel vedere più figure!



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INTERVENTI INTEGRATI SOCIALI E SANITARI IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE CASE REPORT

Susi Pascarella¹, Fabio Borrometi², Vincenzo Cesetti³

¹ASL Napoli 2 Nord, Frattamaggiore, Italia, ²ASL Napoli 2 Nord, Frattamaggiore, Italia, ³ASL Napoli 2 Nord, Frattamaggiore, Italia

SCOPO: Le cure palliative pediatriche mirano a garantire la miglior qualità di vita possibile ai bambini affetti da patologie inguaribili con bisogni assistenziali complessi e alle loro famiglie. Tuttavia, in contesti socioeconomici fragili, la gestione della malattia è spesso ostacolata da fattori non sanitari. Questo caso vuole evidenziare come le condizioni sociali, abitative ed economiche possano rappresentare barriere più complesse di quelle che la patologia stessa comporta, rendendo necessaria una presa in carico integrata da parte della rete socio-sanitaria.

METODO: Si presenta qui il caso di una famiglia indiana residente in un piccolo centro del Sud Italia, composta da due genitori e tre gemellini di 15 mesi, 2 femmine e un maschio, nati da fecondazione in vitro. Il maschio è in apparente buona salute mentre le due femmine sono affette da encefalopatia epilettogena da mutazione SNC2A. Questa grave patologia comporta crisi epilettiche subentranti mal controllate farmacologicamente con ipertonio dei 4 arti e disturbo del movimento, un grave ritardo dell'accrescimento fisico ed evolutivo. Una delle due bambine, in occasione di un ricovero per grave insufficienza respiratoria, è stata tracheotomizzata ed è in ventilazione meccanica assistita mentre l'altra è supportata da dispositivo ad alti flussi con arricchimento di O₂. Entrambe si alimentano a mezzo di una PEG.

Alla presa in carico delle piccole è stata fatta una valutazione multidisciplinare (che ha assegnato un punteggio ACCAPED di 87 per entrambe) che ha messo in luce le seguenti criticità:

- cliniche, in quanto le bambine erano seguite presso due centri specialistici diversi e diverse équipes domiciliari;
- abitative, in quanto la casa dove risiede la famiglia è piccola e malsana (40 mq, nessuna esposizione solare, presenza di bombole del gas non protette),
- difficoltà di comunicazione con i genitori per scarsa conoscenza di questi della lingua Italiana, comunicazione limitata anche da fattori culturali,
- difficoltà economiche, il padre è sottoccupato e lavora parzialmente al nero senza tutele per le assenze legate alla malattia delle figlie.

Da questa valutazione è emersa come le criticità di tipo organizzativo fossero predominanti rispetto a quelle clinico-assistenziali in senso stretto.

Gli interventi posti in essere hanno avuto quindi i seguenti obiettivi:

- unificare i Centri specialistici di cura (in particolare per la nutrizione artificiale e per l'assistenza specialistica) e favorire l'integrazione delle attività delle équipes di cura domiciliari
- trovare una abitazione adeguata ai bisogni della famiglia
- intervenire, con l'ausilio di un mediatore culturale, sulle difficoltà di comunicazione
- cercare gli strumenti previsti per offrire alla famiglia sussidi e sostegni economici e sociali.

Pertanto le piccole e la famiglia sono state prese in carico con interventi di tipo sanitario e sociale, con il supporto di un mediatore culturale e l'attivazione dei servizi sociali dell'ASL e del Comune.

RISULTATI: È stato possibile ottenere che le bambine venissero seguite da un unico centro specialistico favorendo la collaborazione tra le diverse figure professionali, integrando valutazioni diagnostiche e scelte terapeutiche; questa unificazione, oltre a semplificare l'assistenza, ha consentito di ottimizzare l'accompagnamento di entrambe le bambine in occasione delle visite con un unico genitore (in precedenza il padre accompagnava una bambina – assentandosi dal lavoro - mentre la madre restava a casa ad assistere l'altra). Si è ottenuto il riconoscimento dell'invalidità INPS ed dell'indennità di accompagnamento per le due bambine, il rinnovo delle esenzioni ticket e l'inserimento nel circuito socio-sanitario. È stato creato un tavolo tecnico inter-istituzionale che coinvolge gli assistenti sociali del Comune, la responsabile dell'Ambito Territoriale Sociale e gli assistenti sociosanitari della ASL di appartenenza (UOC Integrazione socio-sanitaria). Nonostante siano riscontrate criticità nella risposta istituzionale locale, contempi di attivazione dilatati e scarsa autonomia operativa da parte dei servizi comunali, si è arrivati a un impegno nella ricerca di una struttura abitativa idonea (attraverso l'utilizzo di abitazioni popolari o facendosi il comune stesso da



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



garante per un affitto pressoprivati). Tra le possibili soluzioni verrà privilegiata quella che consente alla famiglia di restare nello stesso comune dove è presente una numerosa e attiva comunità indiana. Si è avviato, infine, l'iter d'inserimento scolastico per il maschietto sanopressol'asilo comunale.

CONCLUSIONI: Il caso analizzato dimostra come le cure palliative pediatriche non possano, in alcuni casi, prescindere da un intervento integrato che tenga conto delle fragilità sociali, abitative e culturali delle famiglie. L'efficacia della presa in carico dipende fortemente dalla capacità della rete socio-sanitaria di agire in modo coordinato e tempestivo, superando le barriere burocratiche e culturali. È auspicabile il potenziamento dei servizi territoriali e la creazione di protocolli condivisi che facilitino l'integrazione tra sistema sanitario e servizi sociali.

BIBLIOGRAFIA: Vargas C. Cure palliative pediatriche e neonatali in Italia: quale ruolo per l'antropologia medica? Rivista italiana di cure palliative 2023; 25: 161-167

Riera-Negre L, Rossell MR, Verger S. Enhancing Quality of Life in Pediatric Palliative Care: Insights, Challenges, and Future Directions—A Systematic Review. Health & Social Care in the Community Volume 2024, Article ID 6532492, 14 pages

Jonas D, Patneude A, Purol N, et al. Defining Core Competencies and a Call to Action: Dissecting and Embracing the Crucial and Multifaceted Social Work Role in Pediatric Palliative Care. J Pain Symptom Manage. 2022 Jun; 63(6): e739-e748.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRANSITIONAL CARE NEI BAMBINI AFFETTI DA CONDIZIONI CRONICHE COMPLESSE: UN PONTE TRA CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E LE CURE PALLIATIVE DELL'ADULTO

Maria Caterina Pallotti¹, Attilio Marco Del Pezzo², Sergio Amarri³

¹Rete Cure Palliative-AUSL Di Bologna, Bologna, Italia, ²Fondazione Hospice MTC Seragnoli, Bologna, Italia,

³Libero Professionista, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Il miglioramento nella diagnosi delle malattie oncologiche e non oncologiche dei bambini e i progressi negli approcci terapeutici e assistenziali stanno determinando un progressivo aumento del numero di pazienti affetti da condizioni croniche complesse (CCC) con bisogni di cure palliative pediatriche (CPP) che raggiungono l'età adulta.

In questo contesto, la transitional care (TC), ossia il passaggio da un sistema di cure gestito da servizi dell'area pediatrica a quello dedicato all'età adulta, tale da poter garantire una continuità di assistenza e di presa in carico, sta assumendo per questo gruppo di pazienti una sempre maggiore rilevanza. I bambini affetti da paralisi cerebrale (PC) che diventano giovani adulti, sono i pazienti che più frequentemente richiedono un passaggio da CPP a servizi di cure palliative dell'adulto (CPA), l'analisi del loro percorso può essere pertanto un esempio di come avviene e delle criticità che si riscontrano nel processo di TC.

Gli operatori nell'equipe di CPP e CPA sono attori fondamentali di questo processo ed è importante che non ci siano elementi che ostacolino una buona cooperazione tra le parti.

Si rileva in letteratura l'assenza di un modello validato su questo tema e l'importanza di approfondire questa tematica.

METODO: Analisi della letteratura più recente sulla TC in CPP.

Service evaluation attraverso una indagine quanti-qualitativa, con domande aperte e domande espresse con scala Likert, sulla TC per pazienti affetti da CCC, proposta agli operatori di Cure palliative nei servizi di CPP e CPA di Bologna e Forlì.

Obiettivo primario: valutazione dell'entità del problema e della consapevolezza della TC per pazienti affetti da CCC tra gli operatori coinvolti nei servizi di CPA e CPP di due aree della Regione Emilia-Romagna (AUSL Bologna e Forlì per la AUSL Romagna).

Obiettivi secondari: comprendere in che modo nei contesti di CPP e CPA a Bologna e a Forlì viene affrontata la TC.

RISULTATI: 46 operatori sanitari dei servizi di CPP e CPA di Bologna e Forlì hanno risposto alla Service evaluation, di questi: 47.9% erano infermieri, 30.4% erano medici, in percentuale minore operatori socio-sanitari, psicologi, fisioterapisti. Il 71.7% degli operatori lavorava nell'ambito di CPA, 43.5% aveva una esperienza di più di 10 anni nelle CP.

Il 45.7% degli operatori era stato coinvolto in almeno 1 caso di TC, di questi il 10.9% avevano seguito più di 10 casi.

Tra le criticità al processo di TC sono state evidenziate: la mancanza di servizi speculari tra pediatrico ed adulto, la difficoltà nell'affrontare con paziente e famiglia questo tema, la mancanza di procedure definite, la differenza di patologie e bisogni tra paziente seguiti dalle CPP e dalle CPA. Sono stati evidenziati come elementi che favoriscono la TC: la comunicazione tra famiglia e sanitari e tra sanitari CPP, CPA e specialisti, il dare un tempo definito per questo processo, la presenza di una Rete per la TC. È stata sottolineata l'importanza di un team o di figure dell'equipe di CP dedicate al processo.

Iniziale la discussione sulla TC precocemente, a 14-16 anni, con una presa in carico congiunta tra CPP e CPA sono state alcune delle considerazioni che abbiamo proposto e sono state condivise dalla maggior parte degli operatori, così come l'importanza di coinvolgere nel processo il Pediatra di libera scelta e il Medico di famiglia del paziente ed il promuovere una formazione congiunta tra operatori di CP che lavorano nel pediatrico e nell'adulto per favorire la contaminazione delle conoscenze.

CONCLUSIONI: La TC tra CPP e CPA per pazienti giovani adulti affetti da CCC è un passaggio delicato e che richiede un tempo per la comunicazione non solo tra famiglia e sanitari, ma anche tra i diversi specialisti coinvolti. Considerando in aumento il numero di questi pazienti nel prossimo futuro, è importante il



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



confronto con gli operatori coinvolti, sulle criticità ed elementi che favoriscono tale processo per poter costruire procedure e servizi specifici per la buona riuscita della TC.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) World Health Organization. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines, 2nd ed, 2002.
- 2) Paone et al. La transizione dall'età pediatrica all'età adulta in cure palliative pediatriche. Esperienze e progetti della Città Metropolitana di Bologna. Riv It Cure Palliative 2023;25(4):188-193.
- 3) Blum et al. Transition from child-centered to adult health-care systems for adolescents with chronic conditions. A position paper of the Society for Adolescent Medicine. J Adolesc Health. 1993;14(7):570-6.
- 4) De Zen et al. La Società Italiana di Cure Palliative: la reciproca contaminazione tra cure palliative pediatriche e cure palliative dell'adulto. Riv It Cure Palliative 2023;25(3):111-112.
- 5) Marani et al. Systematic narrative review of pediatric-to-adult care transition models for youth with pediatric-onset chronic conditions. Children and Youth Services Review, Volume 118, 2020;105415, ISSN 0190-7409.
- 6) Fraser L. et al. Trends in Pediatric Palliative Care Needs over the Last Decade. Journal of Palliative Medicine, 2022;25(3), 123-131.
- 7) Mitchell, A. et al. A systematic review of transitional care in cerebral palsy: Current gaps and future directions. Journal of Pediatric Rehabilitation Medicine, 2023;16(2), 123-136.
- 8) Got Transition - Six Core Elements. (2020). Supporting the Health Care Transition
- 9) Benini, F. et al. Transizione all'età adulta nelle cure palliative pediatriche: una revisione narrativa. Bambini, 2024; 11,860.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'INFERMIERE DI CURE PALLIATIVE NELLA CONSULENZA MULTIPROFESSIONALE: UN'INDAGINE DESCRITTIVA

Laura Paganella¹, Massimo Bernardo¹, Lia Ossanna¹, Ester Pomaroli¹, Francisca Dery Torres Silva¹, Anna Vanzo¹

¹Azienda Sanitaria Alto Adige, Bolzano, Italia

SCOPO: In Italia, come in altri Paesi, molte persone trascorrono gli ultimi momenti della loro vita in ospedale. Queste persone sono spesso in una situazione di fragilità sia clinica che sociale e non sono nella condizione di essere avviate ad una assistenza palliativa al di fuori dell'ospedale. Hanno però il diritto di ricevere la stessa dignità di cura e di essere accompagnate attraverso un approccio di cure palliative. A livello provinciale sono stati promossi i relativi piani di potenziamento delle reti di cure palliative, ponendo l'accento sulla necessità di promuovere le consulenze palliative intraospedaliere, per diffondere la cultura palliativa in altri contesti e favorire la crescita professionale tramite consulenze, confronto e riflessioni.

Nel nostro Comprensorio Sanitario il servizio di cure palliative ha offerto negli anni e offre ancora oggi consulenze per la terapia del dolore e la gestione di altri sintomi fisici, per decisioni su procedure diagnostiche o trattamenti terapeutici, colloqui con pazienti e familiari, pianificazione delle cure future e dimissione protetta in cure palliative domiciliari. Negli anni sono state effettuate consulenze multiprofessionali in casi di alta complessità clinico assistenziale dei pazienti e/o famigliari con la figura dell'infermiera e/o della psicologa. Dal bisogno assistenziale emerso in alcuni contesti ospedalieri e da quanto previsto a livello legislativo nasce la necessità di includere la figura dell'infermiere esperto come uno degli attori per la costruzione del team di valutazione multidimensionale e di consulenza palliativa in ospedale.

METODO: È stato condotto uno studio descrittivo retrospettivo delle consulenze palliative multiprofessionali erogate in ospedale, descrivendo il numero di consulenze effettuate dal 2006 al 2024 e la relativa sede di consulenza dal 2013 al 2024; i motivi della segnalazione e le problematiche/bisogni rilevati durante le consulenze, evidenziando i periodi in cui si sono svolte consulenze multiprofessionali (medico e infermiere); gli esiti delle consulenze e le ricadute nella pratica clinica.

RISULTATI: L'attività di consulenza è sicuramente cresciuta nel corso degli anni. Da considerare un incremento importante dal 2006 (100 consulenze) al 2012 (639 consulenze). Per poi mantenere una tendenza stabile di circa 822 consulenze annuali in media nel decennio 2013-2024. Nel 2024, vi è stato un importante incremento del numero di attività di consulenza, registrando 1155 consulenze effettuate.

Nei primi anni, le prime consulenze erano erogate esclusivamente dal medico palliativista, evolvendosi poi verso un modello multidisciplinare. Nel 2019, 2020 e 2024 sono stati sviluppati progetti specifici inserendo la figura dell'infermiere palliativista esperto. Per quanto riguarda i reparti e i servizi dove vengono erogate le consulenze, i dati raccolti sono disponibili dall'anno 2013 al 2024. La medicina interna risulta il reparto con il maggiore numero di consulenze erogate. Altri contesti rappresentativi sono il reparto di geriatria, chirurgia generale, gastroenterologia, pneumologia e otorinolaringoiatria e urologia.

Nel 2019, le consulenze multiprofessionali in cui era presente l'infermiere esperto sono state 151 su 976 consulenze con la presenza del medico palliativista (15,4%).

Le motivazioni alla base delle richieste di consulenza palliativa si sono rivelate eterogenee, con una prevalenza di richiesta per la presa in carico e la pianificazione della continuità assistenziale. In secondo luogo, emerge la richiesta di intervento per la gestione di sintomi, in particolare il dolore. Dall'analisi della documentazione è emerso che durante la consulenza venivano identificati ulteriori sintomi fisici non inizialmente identificati dall'equipe curante.

Altra tipologia richiesta è stata di tipo tecnico, come la gestione degli accessi sottocutanei e delle pompe elastomeriche. Ulteriori motivi di consulenza sono stati la gestione di aspetti relazionali complessi con pazienti e famigliari, quali la gestione di reazioni/emozioni. Ogni consulenza ha mediamente fatto emergere tre problemi distinti, evidenziando la frequente copresenza di bisogni che richiedono un intervento multiprofessionale. Nel 2020, il numero di consulenze multiprofessionali è stato di 81 consulenze su un totale di 728 (11,1%). Nel 2024, su un totale di 1155 consulenze effettuate, sono state eseguite 149 consulenze multiprofessionali (12,9%), registrando un incremento della consulenza prettamente infermieristica rispetto agli anni precedenti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: L'attività di consulenza multiprofessionale in ospedale è considerata un intervento efficace per favorire la riflessione sull'approccio palliativo, sull'identificazione del paziente e sui molteplici bisogni. Nella pratica, spesso non si utilizzano gli strumenti validati per identificare i pazienti candidabili alle cure palliative, a causa della scarsa formazione e del poco tempo disponibile degli operatori in reparti molto affollati e con mancanza di personale. È riconosciuto che la consulenza infermieristica migliora il servizio offerto all'utente garantendo continuità e qualità dell'assistenza. Nel percorso educativo l'infermiere ha un certo margine di autonomia, che va sviluppato a livello di competenze ed esercitato nella pratica. Nell'esecuzione delle consulenze è emersa la complessità di entrare nelle diverse unità operative. Gli infermieri consulenti hanno mostrato un certo sviluppo nelle capacità di leadership, per facilitare i rapporti con gli operatori sanitari, coinvolgendo il personale curante post consulenza, riassumendo i contenuti, motivando le scelte terapeutiche, creando un rapporto di fiducia reciproca. In questo modo si sono creati momenti preziosi di formazione sul campo. L'intervento di consulenza richiede esperienza ed uno sviluppo di competenze di leadership, relazionali ed educative.

BIBLIOGRAFIA:

- Bernardo M. (2018). La consulenza di cure palliative in ospedale: difficoltà e vantaggi - RICP
- Fierman, I. et al (2019). How do hospital-based nurses and physicians identify the palliative phase in their patients and what difficulties exist? A qualitative interview study. *BMCPalliative Care*
- Ganzini, C. et al (2022). L'assistenza infermieristica e l'identificazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente cronico ospedalizzato: una revisione narrativa.
- Giles M., Parker V., Mitchell R. (2016). Examining Nurse Consultant connectivity: An Australian mixed method study. *Nursing and Health Sciences*
- May, P. et al (2018). Economics of Palliative Care for Hospitalized Adults With Serious Illness: A Meta-analysis. *JAMA internal medicine*
- Schlick, C., & Bentrem, D. J. (2019). Timing of palliative care: When to call for a palliative care consult. *Journal of surgical oncology*
- Tiranni G. (2019). La consulenza infermieristica: un valore professionale ancora disperso.
- Yang GM, Lim C, Zhuang Q, Ong WY. Prevalence and timing of specialist palliative care access among advanced cancer patients and association with hospital death. *Proceedings of Singapore Healthcare*. (2021)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



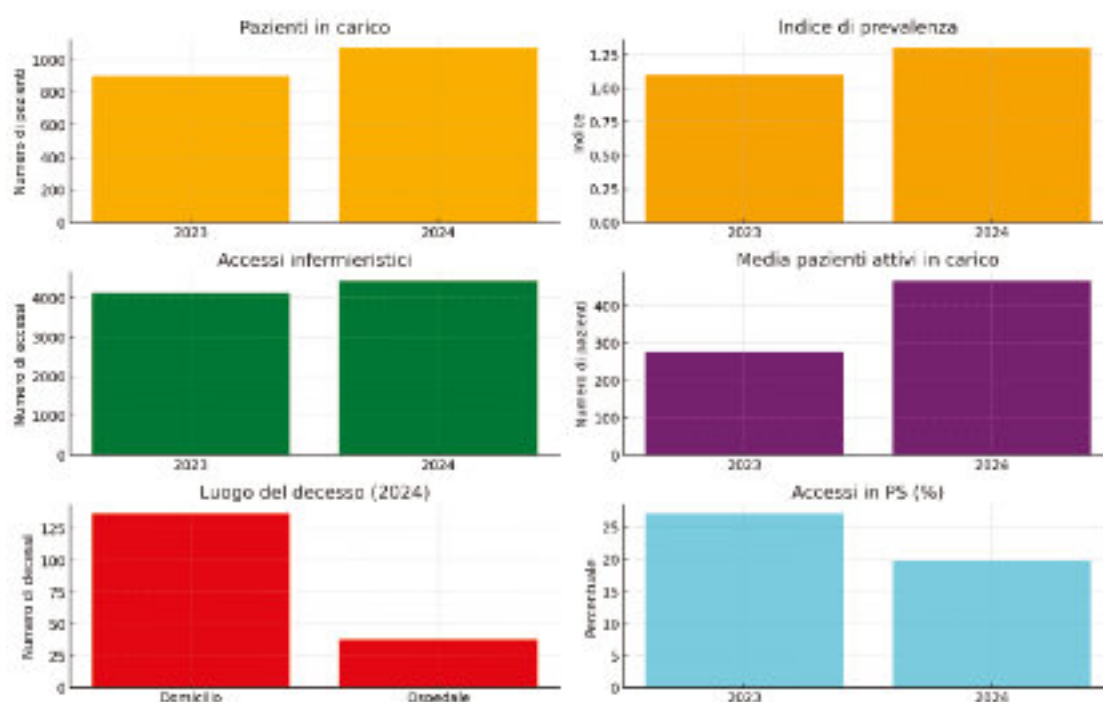
ANALISI ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE SULL'ATTIVITÀ DI UNA UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARE ALL'INTERNO DELLA RIORGANIZZAZIONE TERRITORIALE DEL DM77

Elisabetta Liguori¹, Jessica Gentile¹

¹AUSL Modena, Mirandola, Italia

SCOPO: Nel 2022 con l'avvento del DM77, vera "carta costituzionale" dei servizi sanitari territoriali, si realizza il potenziamento dei servizi territoriali a garanzia del rispetto dei LEA nella piena realizzazione della legge 833 del 1978 che garantisce a tutta la popolazione universalità, uguaglianza ed equità nell'accesso alle cure. La "prossimità" delle cure è un obiettivo centrale fra le priorità del DM77, soprattutto riguardo le strutture del territorio, pensate e realizzate proprio per essere vicine al cittadino. L'obiettivo della riorganizzazione territoriale diviene quello di mantenere e potenziare una rilevante capillarità erogativa e permettere alla popolazione di accedere ai servizi dentro un certo raggio geografico o entro un determinato tempo (accesso isocrono). All'interno di questa riorganizzazione anche la Rete Locale di Cure Palliative di un'azienda sanitaria pubblica ha visto potenziare e innovare i suoi servizi; l'obiettivo principale del progetto è quello di analizzare quali percorsi sono stati potenziati e avviati dopo l'avvento del DM77 e quali risultati si sono prodotti analizzando nello specifico l'attività dell'Unità di Cure Palliative Domiciliari di un distretto sanitario dell'azienda sanitaria pubblica in oggetto.

Impatto del Modello Assistenziale RLCP (2023-2024)



METODO: Partendo dalla letteratura e analizzando le principali normative, è stata effettuata un'analisi AS-IS delle risorse territoriali, delle reti e dei percorsi presenti sul territorio del Distretto in oggetto. Sono state valutate le variabili sociali, culturali, strumentali, organizzative e di risorse umane utili e necessarie all'implementazione dei percorsi relativi alla Rete Locale di Cure Palliative. Sono stati utilizzati la Swot analysis e il Profilo di posto come strumenti per dare metodo e rigore alla progettazione, correlati dalle elaborazioni dei dati ricavati dagli applicativi aziendali e elaborati con lo strumento Excel e tabelle Pivot per dare evidenza dei risultati.

RISULTATI: L'adozione dei modelli assistenziali descritti ha determinato un significativo incremento del numero di pazienti in carico alla Rete Locale di Cure Palliative, con un aumento complessivo di 169 pazienti (+18,7%) rispetto all'anno precedente, passando da 903 nel 2023 a 1.072 nel 2024. Contestualmente, l'indice di prevalenza sulla popolazione residente (85.350 abitanti) è cresciuto da 1,1 a 1,3.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

Si è osservato anche un incremento degli accessi infermieristici attivati precocemente nel percorso di cura, in un'ottica di cure simultanee: gli accessi sono passati da 4.115 nel 2023 a 4.432 nel 2024, con un incremento di 317 accessi. Questo dato si accompagna a un aumento della prevalenza media dei pazienti attivi in carico, da 277 a 466 pazienti registrati nell'anno in corso (+189).

Nel 2024 è stata inoltre analizzata la prevalenza del luogo del decesso, confermando il domicilio come sede principale in tutta la provincia: 137 decessi a domicilio contro 38 in ambito ospedaliero. Infine, il modello assistenziale proposto ha contribuito a una riduzione degli accessi in Pronto Soccorso a livello provinciale, che sono passati dal 27,1% al 19,7% sul totale dei pazienti in carico alla RLCP del Distretto in oggetto, nel confronto tra il 2023 e il 2024.

CONCLUSIONI: La presente riorganizzazione ha dimostrato un potenziale significativo per migliorare l'assistenza sanitaria nel territorio soprattutto nel campo delle cure palliative. È necessario continuare a lavorare per affrontare le sfide rimanenti, in particolare nel rapporto tra ospedale e territorio, nella definizione chiara del governo e della gestione dei pazienti in fase di dimissione ospedaliera e nella formazione e valorizzazione degli infermieri della rete locale di cure palliative. Con un impegno costante e una gestione oculata, la RLCP può diventare un elemento chiave per garantire una cura integrata, di qualità e centrata sul paziente del distretto sanitario.

BIBLIOGRAFIA: Decreto Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale. GU Serie Generale n. 144 del 22 giugno 2022.

Delibera Regione Emilia Romagna 12 Dicembre 2022, n. 2221 "primo provvedimento di programmazione dell'assistenza territoriale dell'Emilia-Romagna in attuazione del D.M. n. 77 del 23 maggio 2022.

Nobilio L, Sforza S, Berti E, Moro ML Guida alla stratificazione del rischio della popolazione residente in Emilia-Romagna con dati amministrativi: l'algoritmo riskER, 2021

Agendas, „Linee di indirizzo per il potenziamento ed armonizzazione dell'assistenza primaria in Italia, con particolare riferimento alla cronicità“.

<https://salute.regione.emilia-romagna.it/cure-palliative-cura-del-dolore>

WHO, Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, 2014

Documento del tavolo di lavoro AIOM-SICP, Cure palliative precoci e simultanee, 2015

SIAARTI, Grandi insufficienze d'organo "end stage": cure intensive o cure palliative?, "Documento condiviso" per una pianificazione delle scelte di cura, 2013



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

ANDAMENTO DEI RICOVERI IN URGENZA DEI PAZIENTI IN CARICO ALLA RETE DI CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE LOCALE

Giulia Cervi¹, Chiara Secchiaroli², Davide Allegri¹, Silvia Soffritti¹, Elisa Mazzoni¹, Fabrizio Moggia¹

¹AUSL Bologna, Bologna, Italia, ²AOSP Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: La corretta presa in carico domiciliare dei pazienti eleggibili alle Cure Palliative Pediatriche (CPP), richiede la realizzazione di un percorso che preveda lo sviluppo di sistemi e strategie atte a garantire una risposta ai bisogni del paziente e del nucleo familiare in continuità tra il setting ospedaliero e quello domiciliare, cercando di evitare una riammissione ospedaliera in urgenza entro i 30 giorni dalla precedente dimissione.

Valutare il trend delle riammissioni ospedaliere in urgenza seguite da ricovero, a 7 e a 30 die dalla precedente dimissione protetta di pazienti in carico alla rete di CPP. Il periodo considerato va dal 1° gennaio 2019 al 31 dicembre 2024, momento nel quale si è costituita e rafforzata la rete metropolitana delle CPP (nodo Ospedale, Territorio ed Hospice).

METODO: Nella prima finestra temporale presa in esame (1° gennaio 2019 - 31 dicembre 2021), l'attività di monitoraggio delle dimissioni dal hub di terzo livello di pazienti eleggibili alle CPP verso il territorio veniva svolta dagli infermieri di cure palliative pediatriche territoriali, che si recavano presso l'ospedale dimettente per valutare le attivazioni e gestire la documentazione dei pazienti eleggibili, garantendo una presa in carico territoriale che favorisse l'adattamento al nuovo setting.

Dal 1° gennaio 2022 questa attività ha iniziato ad essere svolta da un coordinatore di processo, figura infermieristica interna al centro di terzo livello, facilitatore del percorso del paziente e del nucleo familiare all'interno dell'ospedale, garantendo continuità assistenziale e di comunicazione tra i diversi setting di cura della rete.

Nel mese di Marzo 2022 è stata istituita l'UA di CPP. Il personale infermieristico che già lavorava in ambito delle CPP territoriali è confluito in questa nuova unità assistenziale, che nel corso del triennio ha aumentato progressivamente il numero di unità infermieristiche.

Nel 2023 è stato effettuato un aggiornamento del software di dimissione protetta utilizzato per il paziente adulto adattandolo con specifiche consentite l'uso anche in ambito di CPP.

Questa implementazione ha permesso una trasmissione efficace e precoce dall'ospedale al territorio dei bisogni emersi durante il ricovero, favorendo un'attivazione tempestiva di tutti i servizi territoriali, compresi i servizi esterni, atti a garantire la fornitura dei presidi sanitari in ambito domiciliare.

RISULTATI: Effettuando un'analisi retrospettiva dei dati di ricovero dei pazienti in carico alla rete territoriale di CPP dal 2019 al 2024, è stato possibile estrarre le riammissioni in urgenza seguite da ricovero a 7 e 30 die dalla precedente dimissione protetta per tutti i bambini in carico alla rete di CPP, centralizzati all'interno del centro di terzo livello.

Nel 2019 erano in carico alla rete di CPP un totale di 101 pazienti, di cui 51 centralizzati nel centro di terzo livello. L'analisi dei ricoveri urgenti effettuati in quell'anno ha riportato che, a seguito di una dimissione protetta, sono avvenute n°8 riammissioni in urgenza a 0-7 die e un totale di n°16 a 0-30 die.

Nel 2020 i pazienti in carico alla rete di CPP erano un totale di 104, di cui 52 centralizzati nel centro di terzo livello. Le riammissioni ospedaliere a 0-7 die, a seguito di una dimissione protetta, sono state pari a n°5, mentre quelle a 0-30 die sono state pari a n°8.

Nel 2021 i pazienti in carico alla rete di CPP erano 107, di cui 57 centralizzati nel centro di terzo livello. Il numero di ricoveri in urgenza a seguito di dimissione protetta in un timing di 0-7 die è stato di n°2 ammissioni, mentre quello a 0-30 die è stato di n°8 ammissioni.

Nel 2022 i pazienti in carico alla rete erano 108, di cui 59 centralizzati nel centro di terzo livello. In questo caso l'analisi dei ricoveri urgenti ha evidenziato una riammissione di n°2 pazienti in una finestra temporale 0-7 die e di n°9 pazienti in una finestra 0-30 die a seguito di dimissione protetta.

Andando ad analizzare i dati di ricovero urgenti a seguito di dimissione protetta del 2023, su 110 pazienti in carico alla rete di CPP, di cui 64 centralizzati nel centro di terzo livello, si evidenzia che le riammissioni con ricovero urgente a 0-7 die sono state n°4, mentre quelle a 0-30 die sono state n°1.

Nel 2024, a fronte di un arruolamento all'interno della rete pari a 112 pazienti, di cui 67 centralizzati nel centro di terzo livello, le riammissioni in regime di urgenza sono state n°1 a 0-7 die e n°2 a 0-30 die.

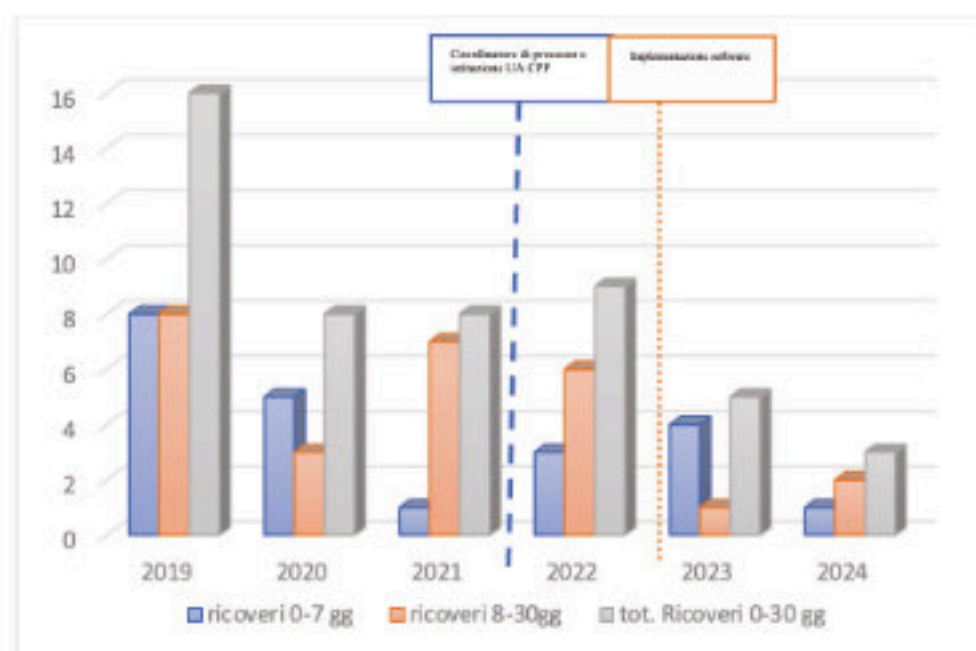
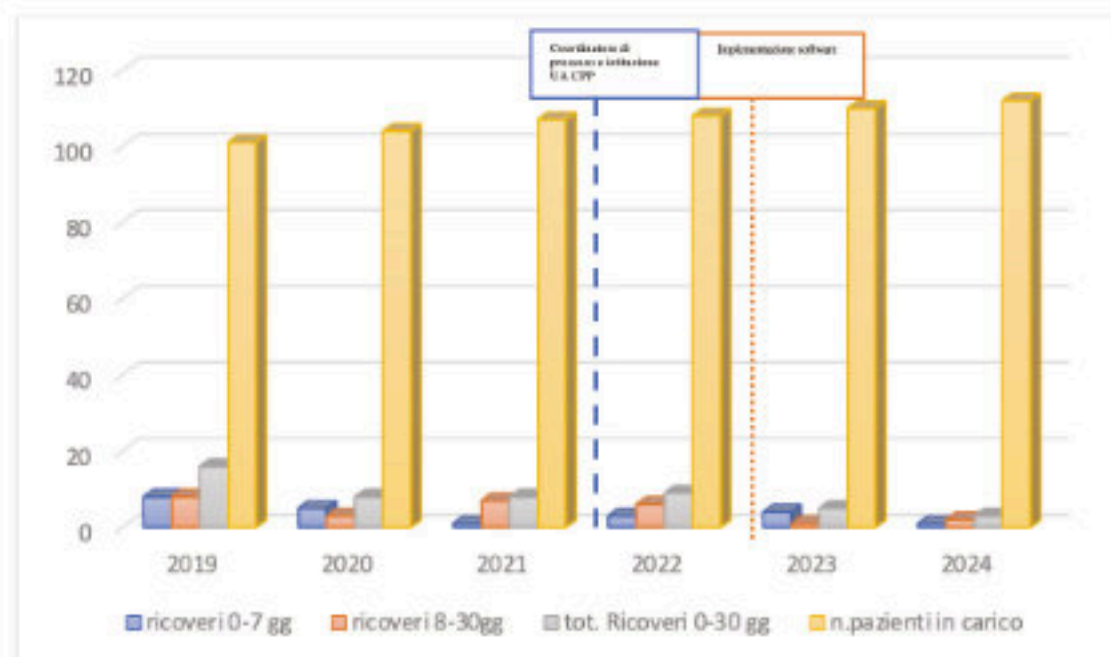


SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Dai dati raccolti si evidenzia una diminuzione dei valori assoluti dei ricoveri urgenti entro i 30 giorni dalla dimissione protetta precedente, a fronte di un numero crescente di pazienti in carico alla rete di CPP



CONCLUSIONI: Le azioni di miglioramento sviluppate e messe in atto all'interno del secondo triennio, hanno dimostrato che la presenza di un coordinatore di processo interno al centro di terzo livello, l'istituzione di UA di CPP e l'implementazione del programma informatico di dimissione protetta, comune ad entrambi i servizi, ha favorito la presa in carico tempestiva dei pazienti dimessi sul territorio, riducendo le riammissioni in urgenza seguite da ricovero.

BIBLIOGRAFIA:

Benini F, Bellentani M, Reali L, Lazzarin P, De Zen L, Pellegatta F, Aprile PL, Scaccabarozzi G. An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy. *Ital J Pediatr*. 2021 Jan 7; 47(1):4. doi: 10.1186/s13052-020-00952-y. PMID: 33413481; PMCID: PMC7791880.

Curran JA, Breneol S, Vine J. Improving transitions in care for children with complex and medically fragile needs: a mixed methods study. *BMC Pediatr*. 2020 May 14; 20(1):219. doi: 10.1186/s12887-020-02117-6. PMID: 32410674; PMCID: PMC722504.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Brown A, Quaile M, Morris H, Turnin D, Parker CL, Warren L, Wall B, Crickmore K, Ledoux M, Eldridge DL, Aikman I. Outpatient Follow-up Care After Hospital Discharge of Children With Complex Chronic Conditions at a Rural Tertiary Care Hospital. Clin Pediatr (Phila). 2021 Nov;60(13):512-519. doi: 10.1177/00099228211047242. Epub 2021 Sep 18. PMID: 34541911.

Foster CC, Kwon S, Whitlow L, Cullen JP, Agrawal RK, Goodman D, Davis MM. Connecting Hospital to Home: Characteristics of and Rehospitalization Rates in Hospitalized Children With Private-Duty Nursing. Hosp Pediatr. 2019 Jul;9(7):530-537. doi: 10.1542/hpeds.2018-0282. Epub 2019 Jun 12. PMID: 31189643.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE RETI ASSISTENZIALI IN CALABRIA E LA SFIDA DELLE CURE PALLIATIVE PER IL RINNOVAMENTO DEL SSN. ORGANIZZAZIONE E PROSPETTIVE FUTURE

Maria Gabriella Brundi¹, Francesca Dalmastrì¹, Nicola Ranieri¹, Teresa Petrone¹

¹Sant'andrea Hospice Giorni Care Srl, Sant'andrea Apostolo Dello Jonio, Italia

SCOPO: Partendo dalla L. 38 del 15/03/2010, che sanciva il diritto di accesso alle Cure palliative, proseguendo con il DPCM del 12/01/2017 che ha trasformato tale diritto in obbligo di legge, il SSN ha inserito le cure palliative tra i LEA da erogare su tutto il territorio nazionale definendo percorsi assistenziali mirati alla costruzione di un modello a rete più integrato e centrato sul paziente. Secondo un'analisi di AGENAS, le cure palliative assorbono circa il 20% delle risorse del SSN. Nonostante la normativa sia chiara, molte regioni stanno ancora adeguando le loro reti. Si stima che per l'anno 2028 verrà soddisfatto il 90% dei bisogni di Cure Palliative.

La regione Calabria, allineandosi alle direttive ministeriali in materia, come le altre regioni d'Italia, sta affrontando la sfida di organizzare e integrare le C.P. attraverso la creazione di reti assistenziali. Investire sulla sanità territoriale, strettamente correlata con il livello ospedaliero di assistenza e integrata con le azioni specifiche delegate ai comuni secondo la L. 328/2000, significa ridurre la spesa ospedaliera inappropriata e migliorare, attraverso il ricorso sempre maggiore alla domiciliarità e all'innovazione tecnologica, la compliance dei cittadini nei riguardi delle condizioni di patologie croniche e terminali.

L'obiettivo di questo studio è analizzare l'attuale organizzazione delle reti di cure palliative nella regione Calabria identificandone punti di forza e criticità.

METODO: La ricerca si basa su un'analisi dei dati epidemiologici e strutturali relativi ai servizi di cure palliative in Calabria attraverso la disamina della recente approvazione del Piano Regionale di potenziamento delle Cure Palliative (N. 13 DEL 23/01/2025).

RISULTATI: L'indagine ha evidenziato una pianificazione ben strutturata dell'attuazione di un intervento palliativo che prevede la precisa descrizione delle fasi dello stesso secondo protocolli uniformi a livello regionale. È stata istituita la Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro. All'interno della rete la Sezione Calabria della SICP si occupa di sensibilizzare e divulgare nelle Istituzioni e sul territorio la cultura delle Cure Palliative. È stato creato un gruppo di lavoro costituito da alcuni soci regionali con l'obiettivo di organizzare il I Convegno Regionale SICP.

Tuttavia, sebbene la Calabria disponga di una rete di cure palliative, la distribuzione dei servizi è disomogenea e spesso limitata da carenze strutturali e organizzative. Si evince un insufficiente numero di Hospice in grado di rispondere ai bisogni di assistenza residenziale di pazienti in fase terminale e la totale assenza di Hospice pediatrici.

La collaborazione tra enti sanitari e territorio necessita di un rafforzamento così come l'accesso alle cure domiciliari e alla formazione specialistica degli operatori. Infatti dal 2022, è stata istituita la Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative presso l'Università Magna Graecia di Catanzaro ma, ad oggi, non risulta alcuna iscrizione da parte dei giovani medici. Un problema significativo resta, ancora, l'appropriatezza dell'assistenza, con troppi pazienti che muoiono in ospedale senza un percorso palliativo adeguato.

CONCLUSIONI: Le prospettive future richiedono l'implemento delle strategie di integrazione tra istituzioni e servizi territoriali; investire in risorse e in interventi mirati alla digitalizzazione attraverso la creazione di una piattaforma digitale della rete sanitaria per migliorare l'efficacia, l'efficienza e l'equità per il rinnovamento del SSN, in un'ottica più ampia di quello Nazionale. Fondamentale è la comunicazione tra i nodi della rete di Cure Palliative al fine di ottimizzare la qualità della presa in carico dei pazienti, garantendo loro un percorso assistenziale più efficace e dignitoso.

BIBLIOGRAFIA: LEGGE 15 MARZO 2010 N. 38 "DISPOSIZIONI PER GARANTIRE L'ACCESSO ALLE CURE PALLIATIVE E ALLA TERAPIA DEL DOLORE" (GAZZETTA UFFICIALE, SERIE GENERALE 19 MARZO 2010);

PROGRAMMA REGIONALE PER LA REALIZZAZIONE DEI CENTRI RESIDENZIALI DI CURE PALLIATIVE DGR N. 466 del 07/08/2000;

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ATTUAZIONE DELLA RETE MALATTIE TERMINALI in attuazione dell'Accordo definito in sede di Conferenza Stato Regioni del 19/04/2001 DGRN 320 del 02/05/2006;

PIANO REGIONALE DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE AI SENSI DELLA L. 197/2022, art. 1 comma 83 Regione Calabria - Dipartimento Salute e Welfare;

APPROVAZIONE 'PIANO REGIONALE DI POTENZIAMENTO DELLE CURE PALLIATIVE' N. 13 del 23/01/2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA CENTRALE DI COORDINAMENTO DELLA RETE: NODO NEVRALGICO DI INTEGRAZIONE DELLE CURE TRA STRUTTURA E TERRITORIO

Martina Azzalin¹, Roberta Evaristo¹

¹Ausl, Bologna, Italia, ²Ausl, Bologna, Italia

SCOPO: Descrizione delle competenze degli infermieri della centrale di coordinamento sovra distrettuale, analisi dei dati e volume delle attività.

METODO: Analisi qualitativa descrittiva

RISULTATI: Il modello adottato dalla Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) prevede una équipe dedicata ogni 100.000 abitanti residenti che opera a livello distrettuale secondo una logica trans murale e non di setting (come da DM 77/2024). Nella RLCP sono attive 8 équipe: 2 sono dedicate esclusivamente ai 2 HUB ospedalieri, mentre le altre operano a livello territoriale (ambulatorio, domicilio e strutture) e ospedaliero (ospedali pubblici e privati in convenzione). Alla Rete collaborano due Fondazioni del terzo settore per il nodo Hospice e per le cure palliative specialistiche domiciliari delle persone affette da patologie oncologiche.

La Centrale di Coordinamento gestisce e coordina tutte le richieste di presa in carico inviate alla Rete di Cure Palliative con l'obiettivo di creare sinergia tra i suoi nodi e tra i professionisti per garantire un'assistenza continua e personalizzata dei pazienti con malattie inguaribili e per rispondere alla complessità dei bisogni.

Il ruolo del coordinamento nella rete delle cure palliative:

Centralità dei processi, modello di integrazione ospedale/territorio/terzo settore:

Il Coordinamento rappresenta il Punto Unico di Accesso alla Rete Cure Palliative, è la centrale organizzativa in cui lavorano Infermieri dedicati con formazione in Cure Palliative e ruolo di case management, incaricati di eseguire per ciascuna richiesta una valutazione clinico-assistenziale dei pazienti segnalati.

Totalità segnalazioni alla RCP anno 2024:

La totalità delle richieste dalla Rete, quindi valutate, analizzate ed elaborate da parte degli Infermieri della Centrale di Coordinamento nell'anno 2024 sono state 4234 con un aumento del 17% rispetto al 2023 (3609).

Le attività delle infermiere della centrale di coordinamento sono:

- verificare i criteri di eleggibilità in Cure Palliative secondo procedure interne condivise
- garantire un approccio personalizzato, tempestivo ed efficace
- rispettare i tempi di presa in carico (max 72 ore lavorative)
- verificare il livello di complessità dei bisogni assistenziali e psico-sociali
- assegnare le priorità
- identificare il setting più adeguato
- monitorare la transizione tra setting
- garantire continuità di cura nella transizione tra setting
- agevolare il processo di integrazione Ospedale/Territorio
- verificare che gli standard di qualità siano rispettati, in linea con gli obiettivi della Rete Cure Palliative
- partecipare attivamente al processo autorizzativo delle richieste di ricovero in Hospice e attivazione TAD7 (assistenza domiciliare di CP specialistica)
- aggiornare e allineare periodicamente tutti gli attori del percorso assistenziale in base all'evoluzione dei bisogni del paziente e delle persone significative
- garantire l'equa distribuzione delle risorse erogate dal terzo settore.
- monitorare i dati di attività della rete
- monitorare e partecipare ai Meeting multidisciplinari, PDTA, Briefing Ospedalieri
- informare, ed essere interfaccia per tutti i professionisti, specialisti, cittadini e utenti.

Per le prese in carico nel setting ambulatoriale (nel 2024 19% del totale delle richieste) il coordinamento, con il primo contatto telefonico, ha anche rappresentato la prima delicata interfaccia con l'utenza.

Ha attivato la RCP di altre AUSL/regioni in caso di segnalazioni di malati residenti in altri territori.

Per il 24% del totale delle richieste è stata effettuata l'autorizzazione per l'attivazione delle TAD7 che nel nostro servizio sono erogate dal terzo settore no profit e il coordinamento ha mantenuto i contatti con i Medici di Medicina Generale, gestito la presa in carico analizzando i tempi e le attività svolte, e monitorato l'andamento della presa in carico fino al momento del decesso.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Tutti i processi illustrati mettono in luce l'importanza dell'Infermiere con competenze specifiche in cure palliative all'interno della Centrale, che oltre a gestire le richieste, affidare le prese in carico alle équipe di prossimità, rappresenta la prima interfaccia della Rete con i malati, i caregivers e i professionisti segnalanti. Infatti, gli infermieri della Centrale garantiscono l'integrazione tra i setting ospedalieri e territoriali, tra professionisti sanitari, servizi sociali e tutti gli attori che sono coinvolti nell'assistenza del Paziente, ma soprattutto della comunicazione e della prima relazione di cura in cure palliative con i malati (se possibile) e i loro caregivers.

CONCLUSIONI: Il Coordinamento della rete di cure palliative rappresenta un pilastro fondamentale per garantire una gestione efficace e personalizzata delle richieste di assistenza. Oltre a fungere da snodo operativo, svolge una funzione di supporto cruciale sia per i pazienti e le loro persone di riferimento, sia per gli stessi colleghi della Rete di Cure Palliative.

Grazie alle competenze delle infermiere di coordinamento, che svolgono anche funzione di casemanager, i pazienti vengono accolti, informati e accompagnati nel percorso di cura.

Questo approccio non solo permette di fornire una presa in carico in cure palliative tempestiva e mirata, ma facilita il lavoro degli altri nodi della rete, che si trovano pazienti e familiari già sensibilizzati e consapevoli del nostro ruolo e degli obiettivi di cura. La capacità delle infermiere del Coordinamento di comunicare con chiarezza il significato e i benefici delle cure palliative rappresenta un valore aggiunto. Ciò consente di superare eventuali barriere culturali o emotive e di creare un clima di fiducia indispensabile per una presa in carico serena e collaborativa. Infine, il monitoraggio delle prestazioni, la stretta collaborazione con i reparti specialistici e il costante dialogo con medici e professionisti del territorio rafforzano l'efficienza complessiva della rete, garantendo continuità, qualità e personalizzazione dell'assistenza, assicurando una presa in carico globale e multidimensionale, supportando l'intero sistema e garantendo continuità, qualità e umanità nelle cure.

BIBLIOGRAFIA: Delibera regionale n. 560 promulgata in data 18 maggio 2015: riorganizzazione della rete locale di cure palliative



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE: UN ABBRACCIO TRA HOSPICE OSPEDALIERO E DOMICILIO, MODELLI DI ASSISTENZA INTEGRATA PER IL PAZIENTE E LA FAMIGLIA

Chiara Airoidi¹, Marta Poncato¹, Sara Manzoni¹

¹SCCure Palliative, Dipartimento della Fragilità, ASST Lecco, Lecco, Italia

SCOPO: Le cure palliative rappresentano una componente fondamentale nell'assistenza ai pazienti con malattie inguaribili, mirando a migliorare la qualità della vita, riducendo il dolore e il disagio psicofisico. In questo contesto, due importanti modalità di erogazione delle cure sono le cure palliative domiciliari e l'Hospice. Entrambi i modelli, pur essendo distinti, sono complementari e devono lavorare in sinergia per offrire un percorso di cura completo ed integrato. La creazione di una rete intraospedaliera tra questi servizi ha reso possibile una gestione più efficace ed olistica dei pazienti, rispondendo in modo più adeguato alle necessità fisiche, emotive e psicologiche dei pazienti e delle loro famiglie.

METODO: Queste due strutture, pur avendo obiettivi comuni, differiscono per ambito di intervento. Le cure palliative domiciliari si basano sull'idea di fornire assistenza al paziente direttamente nel proprio ambiente, un contesto che favorisce il benessere psicologico e sociale. Questo modello consente ai pazienti di rimanere al proprio domicilio, circondati dai propri cari, riducendo l'ansia legata alla degenza ospedaliera e migliorando il comfort. L'Hospice offre un supporto residenziale in un ambiente protetto, con un supporto del personale specializzato 24 ore su 24, concentrando anch'esso sulla gestione del dolore fisico ma anche sul supporto psicologico, spirituale e sociale del paziente e della sua famiglia.

RISULTATI: Nonostante le differenze, una comunicazione efficace tra i due servizi è fondamentale per garantire che il paziente riceva il miglior trattamento possibile, nel rispetto delle sue preferenze e necessità, soprattutto in casi di passaggio e gestione comune ai due setting. Nella nostra realtà, la vera innovazione sta nella creazione di una rete intraospedaliera tra le cure palliative domiciliari e l'Hospice ospedaliero. La connessione tra questi due servizi, alimentata, appunto, da una comunicazione costante e da un approccio integrato, permette una gestione fluida e continua del paziente, senza discontinuità nel percorso di cura.

A garanzia di una continuità di cura e assistenza della persona fragile le Dimissioni Protette (D.P.) giocano un ruolo fondamentale. La "dimissione protetta" è un servizio che consente un passaggio graduale della persona da un setting ospedaliero a un altro, quale Hospice e/o domicilio mediante incontri multidisciplinari che permettono il confronto continuo sui casi di interesse comune, assicurando che le strategie terapeutiche ed assistenziali siano uniformi e coordinate. Ad ogni paziente viene personalizzato un piano di cura, condiviso ed aggiornato periodicamente sulla base delle condizioni e delle necessità emergenti. La comunicazione tra i servizi è garantita tramite la condivisione di documentazione scritta e tramite un canale diretto ed immediato di confronto tra teams di cura, elemento indispensabile soprattutto per ciò che riguarda la valutazione dei bisogni e la formulazione di diagnosi. Lo strumento informatico e informativo che dà forza e assicura una comunicazione efficace ed efficiente è Atl@nte, sistema aziendale digitale.

La definizione di un Piano condiviso di cura si realizza attraverso la formulazione di progetto personalizzato partendo da un colloquio di presa in carico medico e infermieristico.

Uno degli elementi che rende strategica la relazione tra i servizi è la formazione congiunta. Gli operatori dei vari settori vengono formati unitariamente attraverso presentazioni di casi, discussioni d'aula, momenti di formazione aziendale al fine di garantire una comprensione condivisa delle esigenze delle persone e delle modalità di intervento. Tali momenti formativi trattano specifici temi di cure palliative, di comunicazione interdisciplinare, sono spesso tenuti dal personale afferente alle Strutture stesse: la collaborazione tra i teams diviene più efficace.

L'apertura di un Hospice ospedaliero ha creato e potenziato la rete integrata di assistenza, avendo come obiettivo quello di migliorare i rapporti umani, la competenza professionale, rafforzare l'identificazione corretta dei bisogni assistenziali e/o terapeutici delle persone. Nel medesimo tempo è divenuto una possibilità complementare ed integrata all'assistenza al domicilio: quando un paziente passa dall'Hospice al servizio di cure palliative domiciliari o viceversa, questa transizione avviene senza interruzioni, né nelle terapie né nell'assistenza. Questo ha alla base un progetto ben strutturato, che contempla una valutazione delle risorse e un supporto continuo.

La creazione di un Hospice ospedaliero può rappresentare una risposta diretta alle sfide incontrate dai servizi di cure palliative domiciliari, come la gestione di casi complessi e la necessità di un'assistenza specialistica.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



più intensiva. L'Hospice ospedaliero, infatti, non solo fornisce un ambiente adatto alla gestione dei sintomi più difficili, ma offre anche un supporto ai professionisti che lavorano sul territorio, creando un ponte tra la casa e la struttura ospedaliera. Questo permette una maggiore efficacia nelle risposte ai bisogni dei pazienti, garantendo una continuità e un adattamento costante delle cure. Inoltre, la struttura ospedaliera permette un accesso rapido a tecnologie e trattamenti avanzati in caso di complessità assistenziale, senza compromettere la qualità dell'assistenza e sempre nell'ottica di un approccio palliativo.

CONCLUSIONI: La creazione di una rete integrata tra Hospice ospedaliero e cure palliative domiciliari rappresenta un modello innovativo ed efficiente che migliora significativamente la qualità della vita dei pazienti con malattie terminali e delle loro famiglie. La sinergia tra i servizi, supportata da una comunicazione continua e da un approccio collaborativo e formativo comune, assicura che ogni fase del percorso di cura sia gestita in modo ottimale. La rete intraospedaliera, quindi, non solo facilita il passaggio tra i diversi livelli di cura, ma contribuisce a rendere il sistema sanitario più umano, efficiente e reattivo alle reali necessità del paziente.

BIBLIOGRAFIA: Nessuna



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



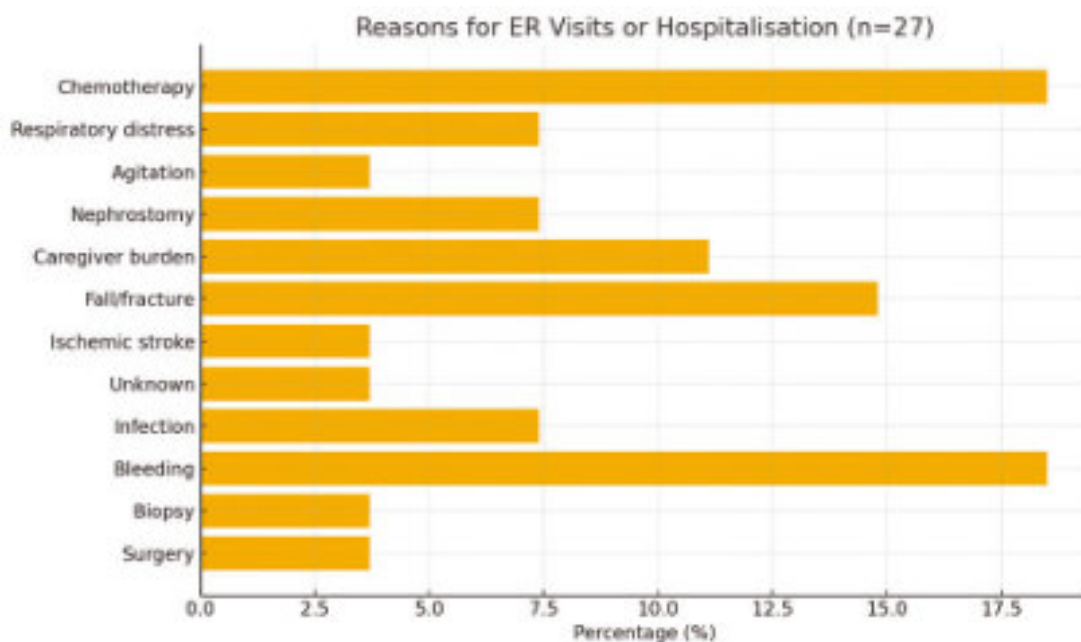
PRONTOSOCCORSOEOSPEDALIZZAZIONE: SEGNAIDI ALLARMEONEVITABILITRANSIZIONI? ANALISI DI CRITICITÀ E TRAIETTORIE NELLE CUREPALLIATIVE DOMICILIARI

Marco Speechia¹, Silvia Cicala², Silvia Izzo², Santa Cogliandolo², Alessandra Genualdo², Stefano Quici², Manuel Soldato²

¹Università Cattolica del SacroCuore,Roma,Italia, ²Gemelli Medical Center, Roma,Italia

SCOPO:L'accesso a strutture ospedaliere in fase avanzata di malattia rappresenta un evento complesso e carico di significati, sia per i pazienti sia per i caregiver. In particolare, l'ingresso in Pronto Soccorso o il ricovero durante il percorso di cure palliative domiciliari può riflettere una crisi clinica, ma anche un'interruzione nella continuità assistenziale, vissuta talvolta come un fallimento del sistema. In Italia, quasi la metà dei pazienti che muore in PS non ha mai ricevuto cure palliative, mentre tra il 20% e il 50% degli accessi ospedalieri di pazienti già presi in carico potrebbero essere evitabili. Tuttavia, le motivazioni alla base di queste transizioni restano eterogenee e poco indagate nel dettaglio.

Il presente studio si concentra su un sottogruppo specifico di 27 pazienti che, nel corso della presa in carico da parte di un team di cure palliative domiciliari, hanno avuto almeno un accesso in Pronto Soccorso e/o sono stati ospedalizzati. L'obiettivo è duplice: analizzare la frequenza e le cause scatenanti di questi eventi critici, e riflettere sulla capacità delle reti domiciliari di intercettare per tempo le fragilità emergenti, proponendo soluzioni sostenibili tra tecnologia, prossimità e umanità.



METODO: Su un totale di 379 pazienti oncologici seguiti dal nostro centro tra settembre 2023 e agosto 2024 nell'ambito del programma di cure palliative domiciliari, ne sono stati selezionati 177. I criteri di inclusione prevedevano, oltre a una valutazione formale del livello di cure palliative da parte del medico inviante (palliativista, oncologo, radioterapista, ematologo o ginecologo oncologo), l'assenza di grave compromissione cognitiva e il mancato ricovero precedente in regime di cure palliative. Tra questi, 27 pazienti hanno avuto accesso al Pronto Soccorso o sono stati ricoverati in ospedale entro 60 giorni dall'inizio delle cure. Abbiamo condotto uno studio osservazionale retrospettivo per valutare se tali accessi fossero evitabili attraverso la gestione domiciliare o tramite ricovero in hospice.

RISULTATI: I 27 pazienti inclusi nello studio avevano un'età compresa tra 49 e 91 anni (media 72,2, mediana 73), di cui 13 donne e 14 uomini.

Diagnosi principali: tumori polmonari (22,2%); adenocarcinoma pancreatico e tumori testa-collo (14,8% ciascuno); tumore del colon retto (11,1%); adenocarcinoma mammario, tumori encefalici (7,4% ciascuno); seguono adenocarcinoma gastrico, carcinoma della vescica, adenocarcinoma prostatico, carcinoma esofageo, linfoma non Hodgkin, sarcoma (ciascuno 3,7%).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Causedi accesso in Pronto Soccorso/ricovero ospedaliero: chemioterapia ed emorragie (ciascuna 18,5%); caduta/frattura (14,8%);burden del caregiver (11,1%);distressrespiratorio, infezioni e procedure legate a nefrostomia (7,4% cad.); ictus ischemico, agitazione, procedure chirurgiche, biopsia, cause sconosciute (3,7%cad.).

Durata della degenza in ospedale variabile tra 1 e 25 giorni, da 1 a 9 sintomi riferiti all'ingresso, dolore variabile da 0 a 7 secondo la scala NRS.Karnofsky Performance Score:30 - 50%

Esiti dopo l'accesso in Pronto Soccorso:55,5%dei pazienti ospedalizzati; 15%nonospedalizzati; 11%deceduti in PS.Nel 19%deicasi non è stato possibile tracciare il percorso.

Dei pazienti ospedalizzati il 22%è stato trasferito in hospice (un terzo nell'hospice di riferimento), l'11%è deceduto in PS,il 22%ha rifiutato le cure palliative, il 26%ha preferito l'assistenza privata. Nel 19%deicasi non è stato possibile tracciare il percorso.

Il 41%dei pazienti è deceduto entro 30 giorni dalla presa in carico in cure palliative, un altro 41%entro i 60 giorni, confermando la fase avanzata della malattia. Il 22%è stato ritrasferito in hospice, segnale di una preferenza per soluzioni di fine vita più appropriate rispetto all'ospedale.

Discussione:

Accessi evitabili con protocolli specifici:

- Emorragie (18,5%) e complicanze da chemioterapia (18,5%): gestibili dal caregiver con kit farmacologici domiciliari e dall'équipe attraverso monitoraggio proattivo;
- Distress respiratorio (7,4%): controllabile con ossigenoterapia e farmaci secondo linee guida.
- Agitazione (3,7%): gestibile con sedativi a rilascio rapido.

Accessi irriducibili con supporto organizzativo:

- Caregiver-burden (11,1%): prevenibile con interventi psicoeducativi e reti di supporto h24.
- Cadute/fratture (14,8%): mitigabili con valutazioni ambientali domiciliari e presidi antidecubito.
- Cause sconosciute (3,7%): eliminabili con sistemi di telemonitoraggio.

Accessi parzialmente prevenibili:

- Sostituzione nefrostomie (7,4%): richiedono assistenza specializzata a domicilio.

Accessi imprevedibili/non gestibili dall'équipe domiciliare:

- Ictus ischemico e chirurgia/biopsia (3,7% cadauno).

Criticità aggiuntive:

-È stato registrato un alto tasso di rifiuto delle cure palliative: ciò può riflettere scarsa comprensione del percorso, comunicazione inefficace o diffidenza/stigma sociale.

-Oltre un quarto dei pazienti ha scelto l'assistenza privata, elemento che da una parte può segnalare frammentazione e precarietà dei servizi, dall'altra è indice di disuguaglianza sociale.

-La presenza di esiti "sconosciuti" (18%) segnala problemi di tracciabilità e continuità informativa tra ospedale, domicilio e hospice.

Soluzioni proposte:

- Pianificazione anticipata delle cure e revisione continua del PAI, coinvolgendo il malato e la famiglia nelle decisioni;
- Protocolli domiciliari per la gestione delle emergenze, sistemi di monitoraggio remoto, potenziamento delle visite domiciliari settimanali, condivisione aggiornata delle informazioni cliniche;
- Ricoveri programmati in hospice e incremento dei posti letto;
- Formazione ed empowerment dei caregiver;
- Formazione permanente del personale e stabilizzazione dei contratti di lavoro, per assicurare professionalità e continuità del servizio;
- Maggiore coordinamento tra servizi territoriali e accreditamento delle reti

Limiti dello studio:

Campione limitato, mancanza di definizione standardizzata di "accesso evitabile", 19% dei casi non tracciabili, assenza di disposizioni anticipate di trattamento.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Nella nostra casistica almeno il 75% degli accessi in Pronto Soccorso/ricovero ospedaliero era evitabile. Le principali cause di accesso evitabile erano: gestione dei sintomi, fattori organizzativi, supporto al caregiver. Le criticità riscontrate nel nostro centro potrebbero rispecchiare quelle di altri contesti, ma gli studi al riguardo sono carenti.

Il viaggio verso il PSo il ricovero ospedaliero per molti pazienti in cure palliative domiciliari può (e deve) essere evitato.

Investire in formazione, organizzazione, tecnologie e reti di supporto significa restituire dignità, serenità e qualità di vita a chi affronta l'ultimo tratto della propria esistenza.

BIBLIOGRAFIA:

Wallace, E.M., Cooney M.C. (2013): Why do Palliative Care Patients present to EMERGENCY DEPARTMENT? Avoidable or Unavoidable?

Delgado, M.O., Williams, J. (2015): Avoidable and Unavoidable Visits to the Emergency Department among patients with advanced cancer receiving Outpatient Palliative Care.

Salama, H., Binhamed, A. (2024): Avoidable emergency department visits among palliative care cancer patients: novel insights from Saudi Arabia and the Middle East.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRANSITIONAL CARE TRA HOSPICE E DOMICILIO: UN CASEREPORT

Daria Ravazzini¹, Clemente Votino², Martina Fiaccadori¹, Mirta Rocchi¹

¹ Hospice Casa Madonna dell'Ulivo srl, Reggio Emilia, Italia, ² Azienda AUSL-IRCCS Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Il Transitional Care Model, sostiene quell'insieme di azioni clinico-assistenziali concepite per assicurare il coordinamento e la continuità di cura e finalizzati a prevenire ricoveri ospedalieri non necessari, supportare le dimissioni nei tempi giusti, ottimizzare l'autosufficienza e l'indipendenza nella quotidianità di vita, perseguire un passaggio sicuro e tempestivo dei pazienti tra i livelli di assistenza sanitaria e tra i contesti di cura.

Molti fattori contribuiscono a creare lacune nella presa in cura durante le transizioni critiche. In risposta a tali fattori, le componenti principali del Transitional Care Model riguardano: l'identificazione; la presa in cura da parte dell'équipe; la costruzione di un rapporto di fiducia con paziente e familiari; il coinvolgimento dei pazienti nella progettazione e realizzazione del piano di assistenza integrato, in linea con le loro preferenze, valori e obiettivi; la valutazione dei bisogni presenti e dei fattori di rischio congruenti con le condizioni di salute; il favorire l'empowerment di pazienti e caregiver; la collaborazione tra l'équipe e il paziente/caregiver; il promuovere la continuità di cura tra i diversi setting e la comunicazione tra le équipe di cura.

In questo casereport vogliamo evidenziare come il perseguimento dell'integrazione tra i Servizi, secondo le componenti del Transitional Care Model, abbia garantito alla paziente descritta il mantenimento del progetto di cura nel rispetto dei suoi desideri e delle sue volontà.

METODO: Laura ha 73 anni, è affetta da neoplasia del colon con diagnosi di aprile 2022, sottoposta a diversi interventi di estesa asportazione intestinale. Nei mesi successivi alla diagnosi e agli interventi ha avuto ricorrenti sepsi trattate con cicli di antibiotici che hanno prolungato la degenza. In terapia con nutrizione parenterale e morfina in elastomero. È emersa inoltre una verosimile ripresa di malattia.

A inizio luglio dopo la telefonata del marito per avere informazioni sul Servizio viene eseguita una prima visita in ospedale dall'infermiera Case Manager Hospice e un secondo colloquio, solo con il familiare, in Hospice. Questi racconta il peggioramento rapido e impegnativo della moglie, consapevole di diagnosi, ma non di ripresa di malattia. Tra i coniugi emergono conflittualità pregresse accentuate dalle condizioni della paziente, che ha espresso il forte desiderio di tornare al proprio domicilio.

Si richiede un ricovero di convalescenza con la finalità di gestione dei sintomi, supporto psicologico, con una realistica ipotesi di accompagnamento alla morte (Palliative Prognostic Index 7.5).

Laura entra in Hospice all'inizio di agosto 2022. Vigile, eupnoica, nega sintomi disturbanti; enterostomia di difficile gestione a causa delle abbondanti feci liquide infiltranti la placca.

Le scelte sono state orientate ad una progressiva demedicalizzazione e appropriatezza, nelle quali l'équipe infermieristica ha giocato un ruolo essenziale nel favorire l'integrazione delle figure professionali e nel rispettare i tempi di adattamento e recupero. È stata presa la decisione di non riprendere la nutrizione parenterale, poiché Laura si era autorimossa l'accesso centrale diverse volte e per il contestuale rischio settico, incentivando l'alimentazione orale. Sono stati ridotti i controlli ematici sugli elettroliti data la mancanza di accesso venoso. Rispetto la ricorrenza settica e i cicli prolungati di antibiotici, si è deciso di stare su aspetti clinico-sintomatologici, senza intervenire ulteriormente. Rispetto la consapevolezza, Laura ha rifiutato l'intervento psicologico, ma ha trovato un buon canale comunicativo nella musica: il percorso di musicoterapia si è dimostrato efficace nel favorire una rielaborazione della propria vita verso un nuovo adattamento. Significativo è stato l'intervento della fisioterapista, che le ha permesso di camminare con deambulatore, traguardo inizialmente insperato. È stato inoltre iniziato un supporto psicologico ed emotivo al marito, in estrema difficoltà a fare progetti, anche minimi. Abbiamo quindi assistito ad un progressivo miglioramento delle condizioni che ci ha portato a ragionare sulla dimissione della paziente a domicilio. Il Palliative Prognostic Index ripetuto a quasi 5 settimane dal ricovero è risultato pari a 2,5.

Le problematiche principali su cui abbiamo lavorato per garantire una dimissione protetta sono state:

- La gestione e la somministrazione della terapia (sia Laura che il marito non volevano occuparsi di questo aspetto)
- La gestione della stomia (attivando la consulenza della stomatoterapista)
- Il supporto al marito (garantendo il proseguimento del percorso iniziato anche a domicilio)
- La posizione geografica montana della casa (con difficoltà di accesso per i Servizi)

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Abbiamo organizzato un'équipe casi in cui è stata invitata anche l'infermiera CaseManager del Servizio Domiciliare, durante la quale è emersa la necessità di condividere gli obiettivi perseguiti in hospice e il tipo di progetto attuato evitando così di ricadere in un eccesso di interventismo, mantenendo il focus sulla determinazione di Laura nel tornare a casa. Questa forte determinazione è stata la leva su cui lavorare per permettere alla paziente di raggiungere una buona autonomia, nonostante le forti resistenze presenti. Tramite l'Assistente Sociale è stato inoltre attivato il Servizio Assistenza Domiciliare per garantire gli Operatori SocioSanitari a domicilio.

RISULTATI: La paziente è stata dimessa a fine settembre 2024 ed è rientrata in Hospice dopo due mesi per sollievo alla famiglia e per una puntualizzazione terapeutica. Dimessa nuovamente dall'hospice, è rimasta a domicilio tre mesi per poi rientrare per l'ultimo ricovero che si è concluso con il decesso.

CONCLUSIONI: Il coinvolgimento di tutti i nodi della Rete nella presa in cura aumenta le possibilità offerte ai pazienti, apre nuove opportunità garantendo una migliore qualità di vita per gli assistiti e riducendo la probabilità di ricoveri ospedalieri impropri. Un paziente cronico nella sua storia di malattia può essere in carico a diverse équipe, essere ricoverato in ospedale per delle riacutizzazioni e rientrare a domicilio con un grado di autonomie ridotte.

Per garantire Transitiona Care efficaci è necessario assicurare il coordinamento e la continuità di cura quando i pazienti vengono trasferiti o da una struttura all'altra o all'interno di nodi diversi della stessa Rete, evitando di inseguire obiettivi irrealistici utilizzando impropriamente risorse.

BIBLIOGRAFIA: Sabati, C., Transitional care, la sfida per il futuro della sanità italiana. Disponibile su: <https://www.nurse24.it/specializzazioni/management-universita-area-forense/transitional-care-la-sfida-per-il-futuro-della-sanita-italiana.html>

Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, Pauly MV, Naylor MD. Continuity of Care: The Transitional Care Model. Online J Issues Nurs. 2015 Sep 30;20(3):1. PMID: 26882510.

Naylor M, Keating SA. Transitional care. Am J Nurs. 2008 Sep;108(9 Suppl):58-63; quiz 63. doi: 10.1097/01.NAJ.0000336420.34946.3a. PMID: 18797231; PMCID: PMC2768550.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

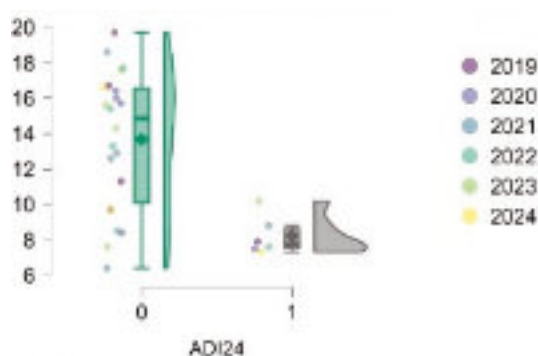
SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

DODICI ANNI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE IN CURE PALLIATIVE PRIMARIE: ANALISI DESCRITTIVA DEL SERVIZIO E RELAZIONE CON ACCESSO AL PRONTO SOCCORSO

Alice Serafini¹, Lucia Palandri², Giacomo Baraldi¹, Corrado Cannaniello¹, Simone Cemesi¹, Francesca Borsari¹, Cecilia Preci¹, Maria Stella Padula², Erica Salvo¹, Anna Tusini¹, Paolo Vacondio¹, Elena Righi², Maria Grazia Bonesi¹, Gaetano Feltri¹

¹ Dipartimento di Cure Primarie, Modena, Italia, ² Dipartimento di Scienze Biomediche, Metaboliche e Neuroscienze, Modena, Italia

SCOPO: Garantire la continuità delle cure palliative a domicilio, soprattutto nelle ore non coperte dai servizi ordinari (fuori orario), rappresenta una sfida cruciale per i sistemi sanitari in tutto il mondo. I pazienti negli ultimi giorni di vita vengono spesso visitati dai servizi di continuità assistenziale (CA) (1), ma queste visite domiciliari richiedono spesso tempi prolungati, interventi ripetuti durante il giorno o la notte e conversazioni difficili con i familiari. Tali richieste rappresentano una sfida significativa per i medici di CA, spesso sovraccaricati di lavoro e ostacolati da molteplici barriere nell'erogazione di cure palliative (2). Inoltre, l'elevato turnover dei medici di CA e la carenza generale di medici di medicina generale (MMG) in Italia rendono difficile garantire una formazione adeguata in cure palliative a tutto il personale coinvolto (3). L'incapacità di garantire continuità delle cure fuori orario causa una frammentazione dei percorsi di cura, che si traduce in un aumento degli accessi in pronto soccorso (PS) e ricoveri evitabili, una riduzione dei decessi a domicilio e un notevole stress per pazienti e caregiver (4). In Italia, il coinvolgimento dei MMG nelle cure palliative primarie è cresciuto (5), ma i modelli organizzativi per garantire CA fuori orario restano poco descritti. Questo studio ha l'obiettivo di descrivere un servizio di CA attivo da 12 anni e fondato su MMG con formazione aggiuntiva in cure palliative e valutare la possibile associazione tra la presenza del servizio ed una riduzione degli accessi in PS per i pazienti in cure palliative domiciliari.



METODO: è stato condotto uno studio ecologico trasversale basato sulla revisione di 12 anni di report prodotti, per motivi amministrativi, dall'Azienda Sanitaria Locale (ASL) e dai MMG coinvolti nel servizio. Le variabili raccolte includevano: dati sui MMG volontari che fornivano il servizio e dati sull'attività clinica svolta durante i turni. I dati sono stati analizzati in forma già aggregata e quindi anonimizzata, senza l'uso di dati personali né dei pazienti né dei MMG. L'analisi è stata condotta mediante statistiche descrittive. Per effettuare un'analisi esplorativa del possibile impatto della presenza del servizio sugli accessi in PS, è stata inoltre confrontata la percentuale di pazienti inseriti in un programma di cure palliative domiciliari con almeno un accesso al PS nei distretti della stessa ASL con e senza servizio di CA in cure palliative. I dati utilizzati erano già stati precedentemente anonimizzati ed aggregati. L'analisi di associazione è stata condotta mediante il software R.

RISULTATI: Dal 2012 al 2024 sono stati effettuati 2.727 interventi durante 1.355 turni: 63,7% visite domiciliari, 36,3% consulti telefonici. Il numero medio di interventi per turno è salito da 1 (2012) a 3,4 (2024). I motivi principali di consulto sono stati: sedazione e fine vita (17,8%), certificazione di decesso (14,9%), dolore (13,8%) e sintomi respiratori (10,1%). I ricoveri nei 12 anni di osservazione sono stati 36 (1,3%), in costante diminuzione fino a raggiungere lo 0% nel 2024. I decessi a domicilio sono aumentati da 15 (2012) a 46 (2024). Il servizio ha coinvolto mediamente 31 (SD 4,77) MMG/anno, pari al 23,9% (SD 4,23) dei MMG del distretto, con una crescente partecipazione femminile (dal 55,2% al 76%).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

La Figura in allegato mostra i risultati delle analisi esplorative di associazione attraverso un grafico raincloud plot, che confronta la percentuale di pazienti inseriti in un programma di cure palliative domiciliari con almeno un accesso al PS, in relazione alla presenza del servizio di continuità assistenziale in cure palliative primarie. I dati sono stratificati per anno dal 2019 al 2024. Nei distretti con il servizio attivo (in grigio), la percentuale di accessi in PS risulta mediamente più bassa e meno variabile rispetto ai distretti privi del servizio (in verde), suggerendo una possibile associazione tra la presenza del servizio e una riduzione dell'uso del PS.

CONCLUSIONI: Il modello descritto ha dimostrato fattibilità e sostenibilità nel lungo periodo, contribuendo a garantire continuità delle cure ai pazienti in cure palliative domiciliari. Si tratta della prima descrizione italiana, e di una delle poche presenti in letteratura internazionale (6), di un servizio di CA in cure palliative interamente gestito da MMG con formazione aggiuntiva in cure palliative. Pur con i limiti legati alla natura amministrativa dei dati e al disegno dello studio, che non permette di stabilire una relazione causale tra i fenomeni osservati, i risultati suggeriscono che la presenza di questo servizio possa aver contribuito a ridurre gli accessi in PS tra i pazienti in carico al servizio di cure palliative domiciliari. L'esperienza inoltre mostra il potenziale delle cure palliative primarie e di un maggiore coinvolgimento dei MMG nelle cure palliative per affrontare in modo sostenibile la crescente domanda di cure palliative a livello globale (7). Sono auspicabili per il futuro studi di efficacia e analisi di costo-efficacia, insieme a indagini qualitative sull'esperienza dei professionisti coinvolti e dei pazienti e caregiver assistiti.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Brettell, Rachel, et al. 'What proportion of patients at the end of life contact out-of-hours primary care? A data linkage study in Oxfordshire.' *BMJ Open* 8.4 (2018): e020244.
- (2) Carey, Mariko L., et al. 'Systematic review of barriers and enablers to the delivery of palliative care by primary care practitioners.' *Palliative medicine* 33.9 (2019): 1131-1145.
- (3) OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2023), Italia: Country Health Profile 2023, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/633496ec-en>.
- (4) Papavasiliou, Evie, et al. 'Out-of-hours services and end-of-life hospital admissions: a complex intervention systematic review and narrative synthesis.' *British Journal of General Practice* (2021)
- (5) Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali, "Istruttoria sullo stato di attuazione della legge 38/2010 in materia di rete delle cure palliative", source: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/In%20primo%20piano/cp/documento_cure_palliative.pdf [last accessed 05 January 2024]
- (6) Firth, Alice M., et al. 'How is community based 'out-of-hours' care provided to patients with advanced illness near the end of life: a systematic review of care provision.' *Palliative Medicine* 37.3 (2023): 310-328.
- (7) Murray, Scott A., and Tania Pastrana. 'Primary palliative care: Onwards and upwards!.' *Palliative Medicine* 38.8 (2024): 762-765.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

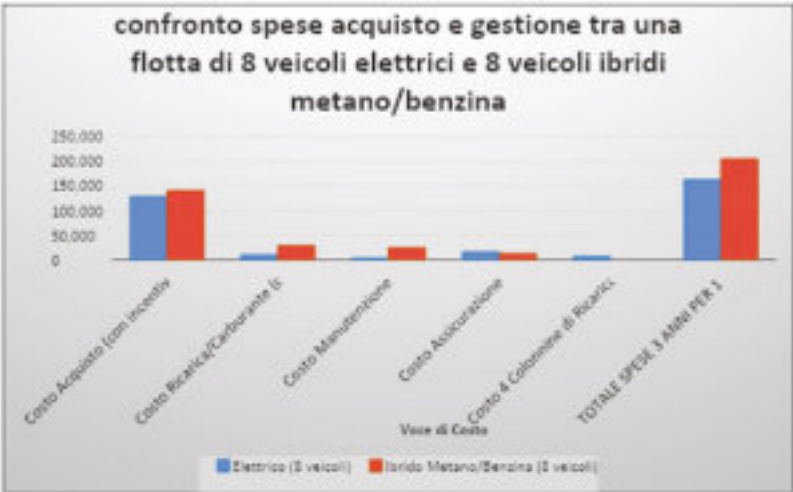
XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

LE CURE PALLIATIVE TERRITORIALI: IMPATTI AMBIENTALI E ECOSOSTENIBILITÀ

Bruno Nicora¹

¹Azienda Sanitaria Locale di Alessandria, Tortona, Italia

SCOPO: Lo studio mira a valutare i costi e gli impatti ambientali ed economici legati all'acquisto e alla manutenzione di una flotta di 8 veicoli elettrici rispetto a veicoli ibridi a metano/benzina, nell'ambito della medicina territoriale in Piemonte. L'obiettivo è analizzare l'efficienza economica, le emissioni di CO₂, i costi di gestione e le emissioni sonore, considerando anche l'adozione di soluzioni ecosostenibili come l'uso di impianti fotovoltaici.



Tipo di Veicolo	Emissioni di CO ₂ (g/km)	Costo di 8 Veicoli (€)
Veicolo elettrico	0	~170,000
Veicolo ibrido Metano/Benzina	~75 (media)	~220,000

Tipo di Veicolo	Emissioni CO ₂ (g/km) (media)	Costo di 8 Veicoli (€)
Veicolo elettrico	0	~170,000
Veicolo ibrido Metano/Benzina	~75 (media)	~220,000



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



METODO: L'analisi si basa su dati relativi all'acquisto, incentivi regionali e statali, costi di manutenzione, ricariche energetiche e assicurazione per veicoli elettrici e ibridi. Sono state stimate percorrenze annuali medie (25.000-29.200 km) per calcolare i costi operativi, considerando scenari con e senza impianti fotovoltaici. Inoltre, sono stati confrontati i dati sulle emissioni di CO₂ e sono per una flotta di 8 veicoli utilizzata per 3 anni

RISULTATI: Veicoli elettrici: Emissioni totali di CO₂ per flotta: 34,32 tonnellate (0,39 tonnellate per utilizzo + 3,9 tonnellate per produzione per veicolo). Costo medio annuale per ricariche: €393,5 (con fotovoltaico). Manutenzione: €485-€850 annui per veicolo.

Veicoli ibridi metano/benzina: Emissioni totali di CO₂ per flotta: 78,48 tonnellate (3,39 tonnellate per utilizzo + 6,42 tonnellate per produzione per veicolo). Costo carburante annuale: €2.102 per veicolo.

Le auto elettriche risultano più silenziose (65 dB vs 75 dB delle ibride), riducendo l'inquinamento acustico.

CONCLUSIONI: L'adozione di veicoli elettrici nel distretto sanitario offre vantaggi economici (risparmio del 37% sui costi energetici rispetto al metano) ed ecologici (riduzione del 56% delle emissioni di CO₂). L'integrazione con impianti fotovoltaici amplifica i benefici ambientali ed economici. Questo approccio contribuisce alla sostenibilità e migliora la qualità del servizio sanitario territoriale.

BIBLIOGRAFIA: «Auto elettriche, da luglio 2019 obbligo Ue di "fare rumore" - Corriere.it». https://www.corriere.it/economia/consumi/19_giugno_30/auto-elettrica-luglio-2019-scatta-l-obbligo-ue-fare-rumore-1-avasaumentera-sicurezza-pedoni-7f75501a-9b1a-11e9-a36a-80c95ba36bb8.shtml (16 febbraio 2025).

«Auto elettriche e ibride troppo silenziose per i pedoni: da luglio è obbligatorio il sistema di allarme acustico - Il Fatto Quotidiano». <https://www.ilfattoquotidiano.it/2019/07/01/auto-elettriche-e-ibride-troppo-silenziose-per-i-pedoni-da-luglio-e-obbligatorio-il-sistema-di-allarme-acustico/5294275/> (16 febbraio 2025).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 02 • ORGANIZZAZIONE

QUALITÀ DELLE CURE



SOSPENSIONI E CHIUSURE DEL PERCORSO ASSISTENZIALE IN UNA UNITÀ DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: UN PUNTO CRITICO?

Prisca Elgomi Basevi¹, Annalisa Saetta¹, Chiara Provasoli², Alessandro Ripicini², Martina Giachello², Carlotta Pavesi³, Luca Cullia⁴, Annamaria De Caria⁵, Francesca Paragalli², Chiara Poggio², Ana Maria Zuniga Guerrero¹, Laura Velutti¹

¹ UO di Oncologia ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ² Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³ Servizi Assistenziali, Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁴ Csap Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁵ Servizio di Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: Il mantenimento del paziente in un percorso di cure palliative è un obiettivo di qualità delle cure che deve essere condiviso con il paziente stesso ed i suoi caregivers. Alla base della alleanza terapeutica ci deve essere una comunicazione efficace tra il team sanitario, il paziente e i familiari. Questo aiuta a prendere decisioni condivise e a migliorare la qualità della assistenza e la qualità della vita. Valutando opportunità clinica, prognosi e qualità della vita, gli operatori di cure palliative devono considerare criticamente un eventuale invio in pronto soccorso (PS) in casi di urgenze o situazioni cliniche che richiedono interventi o procedure non eseguibili a domicilio. Lo scopo di questa analisi è quello di valutare i dati relativi a interruzioni o chiusure del percorso, con particolare attenzione agli accessi in PS, dei pazienti seguiti dalla Unità di Cure Palliative Domiciliari del nostro Istituto, un policlinico posto in un'area metropolitana del nord Italia.

METODO: Abbiamo considerato il periodo da gennaio 2019 a marzo 2025 ed analizzato retrospettivamente le cartelle dei pazienti, andando ad evidenziare i casi che hanno visto una sospensione e/o la chiusura del percorso, con particolare attenzione agli accessi in PS. Sono state inoltre valutate le motivazioni grazie alla lettura dei diari clinici.

RISULTATI: Nel periodo indicato abbiamo effettuato 654 percorsi assistenziali. In 51 casi è stata fatta una sospensione del percorso, in 33 casi soltanto una volta, in 13 casi 2 volte e in 5 casi 3 o più volte. Tra le motivazioni per la sospensione troviamo la stabilità clinica, in 19 casi, situazioni in cui il paziente non è stato ovviamente inviato in PS. Alcuni di questi pazienti sono stati seguiti presso il nostro ambulatorio durante il periodo di sospensione. In 9 casi il percorso è stato sospeso per posizionamento di device (PICC, Midline), posizionamento o controllo di altri device, esecuzione di procedure diagnostiche. Infine in 5 casi il percorso è stato sospeso per accesso in Day Hospital per trasfusione programmata. In 13 casi la sospensione era dovuta ad un accesso in PS in particolare per anemia con necessità trasfusionale (3 casi), stato settico (3 casi), caduta (3 casi), per altri motivi i restanti casi. Due pazienti ripresi successivamente in carico hanno terminato il percorso con un accesso in PS. Inoltre in pazienti che non avevano avuto alcuna sospensione abbiamo osservato 11 chiusure coincidenti con un accesso in PS. In 8 casi è seguito un ricovero in ambiente internistico o in oncologia. 9 dei 13 pazienti che hanno chiuso il percorso in PS sono deceduti o presso il PS stesso o presso il reparto di degenza dove erano stati ricoverati. Analizzando più nello specifico i 13 percorsi complessivi chiusi per accesso in PS abbiamo rilevato che in 9 casi il paziente è stato inviato successivamente a colloqui degli operatori con i caregivers, dalla lettura dei diari emerge una fragilità del setting per difficoltà o impossibilità di gestione di eventi acuti e comunque del fine vita nell'ambiente domestico. In 4 casi il paziente è stato condotto in PS senza avvisare preventivamente gli operatori. In questi ultimi una analisi dei diari ha indicato una problematica di comprensione o comunicazione tra caregivers ed operatori, con ridotta alleanza terapeutica conseguente.

CONCLUSIONI: L'analisi della nostra casistica indica che soltanto una piccola percentuale di percorsi 25/654 (3.82%) ha fatto un accesso in PS, e solo in 13/654 casi ovvero nel 1.68% dei casi abbiamo osservato una chiusura per accesso in PS. In questi percorsi abbiamo osservato una fragilità del setting nella gestione di eventi acuti o del fine vita. Questi dati, seppur incoraggianti viste le basse percentuali, devono essere interpretati criticamente dalla équipe per porre in atto o affinare strategie di comunicazione, ingaggio ed alleanza tra paziente e caregivers e operatori.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

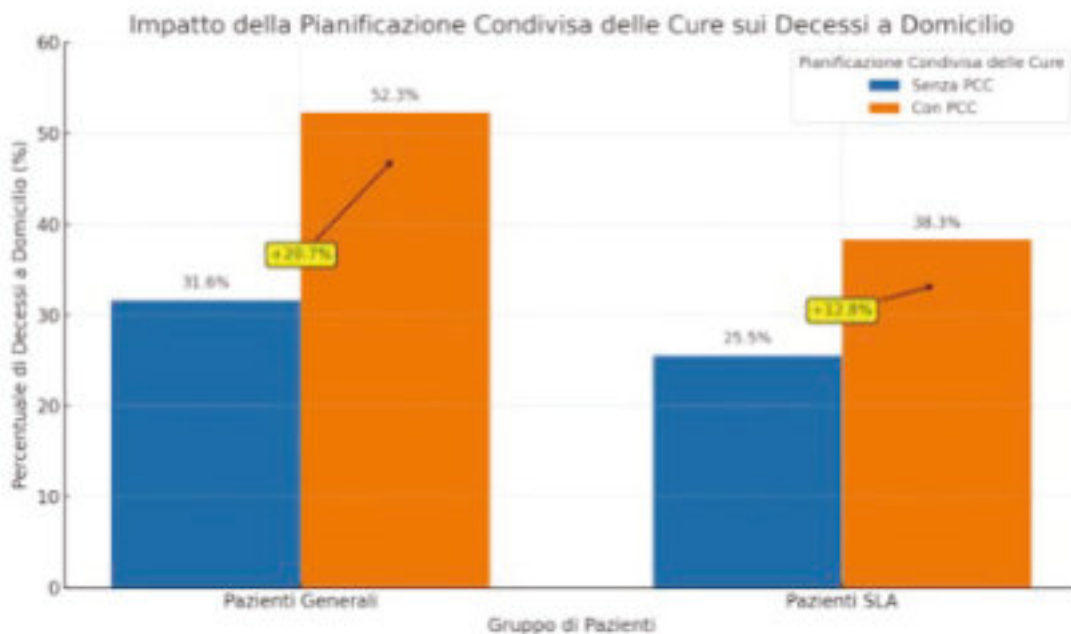
SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

LA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE (PCC) NEI PAZIENTI CON SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA (SLA)

Floriana Taggi¹, Valentina Roma², Jacopo Tamanti¹, Lorenza Zullo², Francesca Mengoli³, Fabrizio Moggia², Danila Valenti¹

¹ UOC Rete delle Cure Palliative Azienda USL, Bologna, Italia, ² DAter Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative Azienda USL, Bologna, Italia, ³ Programma di Bioetica Clinica Applicata Azienda USL, Bologna, Italia

SCOPO: La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una patologia neurodegenerativa progressiva che richiede un approccio palliativo precoce. La pianificazione condivisa delle cure (PCC) rappresenta uno strumento fondamentale per garantire un'assistenza allineata alle preferenze del paziente, particolarmente rilevante nei pazienti con SLA che affrontano decisioni complesse sulla fine vita. Nonostante la sua importanza, esistono pochi dati sull'implementazione e sull'impatto della PCC in questa popolazione. Lo scopo di questo studio è analizzare la prevalenza della PCC nei pazienti con SLA in carico alle cure palliative, confrontarla con la popolazione generale di pazienti palliativi, e valutarne l'impatto sul luogo di decesso, con particolare attenzione ai decessi a domicilio.



METODO: È stata condotta un'analisi retrospettiva su un dataset di pazienti anonimizzati in carico alle cure palliative, composto da due sottoinsiemi: un dataset generale di tutti i pazienti e un dataset specifico dei pazienti con SLA. Le principali variabili analizzate includono: dati demografici, esecuzione e numero di rivalutazioni delle PCC (variabile numerica 0-11), stato del paziente, luogo di decesso, ammissione in hospice e tipo di assistenza domiciliare. Per l'analisi comparativa, la PCC è stata considerata sia nella sua distribuzione completa sia come variabile binaria (assente=0 vs presente>0). L'impatto della PCC sul luogo di decesso è stato valutato confrontando le distribuzioni percentuali tra pazienti con e senza PCC. È stata inoltre analizzata l'evoluzione temporale dell'adozione della PCC nel periodo 2015-2024.

RISULTATI: I pazienti SLA rappresentano una quota crescente nel tempo, con un picco nel 2019 (n=88). La percentuale di pazienti con SLA con almeno una PCC (48,9%) è nettamente superiore a quella dei pazienti oncologici (2,5%), con un effetto positivo associato a una maggiore probabilità di decesso a domicilio (+12,8% rispetto ai pazienti con SLA senza PCC).

Nel confronto tra i gruppi, la tipologia di richiesta più frequente nei pazienti con SLA è risultata essere la visita ambulatoriale di presaincarico (85,7%), mentre nei pazienti oncologici è distribuita su più categorie (consulenze, trattamento assistenziale domiciliare, colloqui). I pazienti con SLA con PCC presentano una distribuzione più omogenea delle richieste, mentre quelli senza PCC hanno un maggiore ricorso a consulenze nei reparti e assistenza a domicilio. L'evoluzione del valore medio di PCC nei pazienti con SLA

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

mostra un incremento progressivo fino al 2020. Analizzando i luoghi di decesso, nei pazienti con SLA si osserva una distribuzione pressoché equa tra domicilio (32,4%), hospice (30%) e ospedale (37,6%), con variazioni legate all'età: i pazienti più giovani tendono a morire più frequentemente a domicilio, mentre quelli tra 50-70 anni ricorrono più spesso all'hospice.

Nei pazienti con PCC, il decesso a domicilio è significativamente più frequente rispetto a quelli senza PCC. L'analisi di correlazione nei dati generali e nei pazienti con SLA mostra una scarsa correlazione tra PCC e altri indicatori clinici (rifiuto, sospensione, livello), ma un'associazione positiva con il decesso a domicilio. Nel gruppo dei pazienti generali, la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) ha determinato un incremento del 20,8% nel decesso a domicilio (dal 31,6% al 52,3%), mentre nei pazienti affetti da SLA l'aumento è stato del 12,8% (dal 25,5% al 38,3%), evidenziando l'impatto positivo della PCC nel favorire il decesso a domicilio come esito preferito di cura.

Il dataset include 322 pazienti con SLA, di cui il 65,96% risulta deceduto al momento dell'analisi. L'età media è di circa 70 anni (DS 10 anni). La prevalenza della PCC nei pazienti SLA è risultata significativamente superiore rispetto alla popolazione generale (37,58% vs 10,26%, $p < 0,001$), con una probabilità 3,66 volte maggiore di ricevere una PCC.

L'analisi dell'impatto della PCC sul luogo di decesso ha evidenziato risultati clinicamente rilevanti. Nei pazienti con SLA senza PCC, il 25,5% è deceduto a domicilio, il 49,0% in ospedale e il 25,5% in hospice. Nei pazienti con SLA con PCC, il 38,3% è deceduto a domicilio, il 27,8% in ospedale e il 33,9% in hospice. La PCC è quindi associata a un aumento del 12,8% nella probabilità di decesso a domicilio e a una diminuzione del 21,2% nella probabilità di decesso in ospedale. Nella popolazione generale, l'impatto della PCC sulla probabilità di decesso a domicilio è risultato ancor più marcato (+20,8%, da 31,6% a 52,3%).

L'analisi temporale ha evidenziato un trend crescente nell'adozione della PCC nei pazienti con SLA dal 2016 al 2021, con un picco del 78,26% nel 2021. Un trend simile, ma con percentuali significativamente inferiori, è stato osservato nella popolazione generale (picco 9,87% nel 2021).

Relativamente all'utilizzo dell'hospice, nei pazienti con SLA la PCC è associata a un leggero aumento (da 25,5% a 33,9%), mentre nella popolazione generale è associata a una diminuzione (da 26,07% a 12,25%), suggerendo diverse preferenze o necessità nelle due popolazioni.

CONCLUSIONI: Questo studio fornisce evidenze importanti sull'implementazione e sull'impatto della PCC nei pazienti con SLA. La maggiore prevalenza della PCC in questa popolazione rispetto ai pazienti seguiti dalle cure palliative non con patologia SLA, suggerisce una maggiore attenzione a questo aspetto, probabilmente a causa della natura prevedibile della progressione della malattia e della necessità di prendere decisioni complesse sul fine vita.

L'associazione tra PCC e aumento della probabilità di decesso a domicilio rappresenta un risultato clinicamente rilevante, considerando che il decesso a domicilio è spesso un indicatore di qualità dell'assistenza di fine vita e riflette un maggior allineamento con le preferenze di molti pazienti. La diminuzione della probabilità di decesso in ospedale associata alla PCC suggerisce inoltre una riduzione di trattamenti potenzialmente aggressivi e non desiderati nel fine vita.

Sulla base di questi risultati, raccomandiamo l'implementazione precoce e sistematica della PCC nei pazienti con SLA, con un approccio multidisciplinare e una documentazione standardizzata delle preferenze e decisioni, per migliorare la qualità dell'assistenza di fine vita in questa popolazione vulnerabile.

BIBLIOGRAFIA:

1. Veronese S, Rosato R, Bonito M, Tanzi S, Turiziani A, Costantini M, et al. Specialist palliative care improves the quality of life in advanced neurodegenerative disorders: NE-PAL, a pilot randomised controlled study. *BMJ Support Palliat Care*. 2017 Jun;7(2):164–72.
2. Brizzi K, Creutzfeldt CJ. Neuropalliative care: A practical guide for the neurologist. *Semin Neurol*. 2018 Oct;38(5):569–75.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



I POS, UNO STRUMENTO PER LA PIANIFICAZIONE DELLE CURE IN HOSPICE E LA VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Barbara Mascotto¹, Sara Lamonaca¹, Norma Pellegatta¹, Katia Mangiarotti¹, Clarissa Florian¹, Luca Moroni¹

¹Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso, Italia

SCOPO: questo elaborato si propone di

- indagare l'efficacia dell'utilizzo dell'IPOS (Integrated palliative Outcome Scale) come strumento validato per identificare i bisogni dei pazienti in cure palliative ricoverati in hospice
- determinare la possibilità per gli operatori di stendere un Piano Assistenziale Individualizzato (PAI) efficace, in linea con i bisogni e le priorità del paziente

Nei percorsi di cure palliative, la valutazione multidisciplinare dei bisogni della persona ammalata è un elemento rilevante per garantire un processo di cura mirato in risposta ai complessi problemi che la patologia inguaribile, in fase avanzata e in fase terminale comporta.

Risulta indispensabile l'utilizzo di uno strumento che sia in grado di identificare e valutare i bisogni degli utenti e della sua famiglia per pianificare gli interventi più appropriati.

L'IPOS è in grado di valutare i principali bisogni e preoccupazioni del malato, misurandone i sintomi fisici, gli aspetti psicologici, sociali e relazionali. L'IPOS è inoltre in grado di aiutare i professionisti nella compilazione del Piano Assistenziale Individuale (PAI) del paziente in quanto, oltre ad evidenziare i principali problemi della persona, ne facilita una rivalutazione nel tempo.

METODO: Il metodo di lavoro prevede due fasi

prima fase: formazione dell'equipe multidisciplinare

dal mese di ottobre 2024 al mese di febbraio 2025 gli operatori dell'equipe multidisciplinare (infermieri, operatori socio sanitari, medici, fisioterapisti, assistente sociale, educatrice e psicologhe) sono stati formati per diventare operatori esperti nell'utilizzo dell'IPOS

seconda fase: dal mese di maggio 2025 al mese di settembre 2025 verrà somministrato l'IPOS nei pazienti ricoverati in hospice

Lo strumento verrà somministrato a pazienti competenti utilizzando la versione paziente a 3 o a 7 giorni. È prevista la somministrazione dell'IPOS anche ai pazienti per cui è necessaria la presenza dell'operatore o di un familiare che li supporti nella corretta comprensione e compilazione del questionario.

La prima somministrazione avverrà all'ingresso in degenza per una valutazione iniziale, la somministrazione verrà riproposta in un secondo momento in base alla stabilità delle condizioni, alle necessità del paziente ed eventualmente alla dimissione.

RISULTATI: Introdurre l'IPOS permetterà di

- Prendere in esame le diverse sfaccettature caratterizzanti la patologia terminale ovvero i sintomi (es. nausea, dolore, mancanza di fiato, ecc...), gli aspetti psicologici, gli aspetti esistenziali, la condivisione degli stati d'animo con altre persone (parenti, amici, ecc...). Aspetti informativi sulla malattia e aspetti pratico-sociali.
- Stabilire le priorità e le preoccupazioni dei pazienti
- Facilitare la comunicazione con i pazienti e con le famiglie e anche tra loro stessi
- Coinvolgere il paziente e la famiglia all'interno di un processo di valutazione dei problemi e pianificazione delle cure dando un senso di controllo su queste ultime.

CONCLUSIONI: Attraverso l'analisi dei risultati dell'IPOS, sarà possibile ottimizzare la cura dei malati che afferiscono alle cure palliative migliorando nello specifico l'individuazione dei bisogni, la stesura dei piani di cura e la programmazione degli interventi in linea con le volontà e le priorità del paziente. Ci aspettiamo, inoltre, che attraverso questo strumento, che ha le caratteristiche di essere breve ma nel contempo di includere tutti i domini di rilievo, si possa migliorare la qualità delle cure erogate e si possano implementare le competenze degli operatori.

BIBLIOGRAFIA: - L'Integrated Palliative Outcome Scale (IPOS) come strumento per pianificare le cure e per misurare gli esiti degli interventi di cure palliative: un case report. ISRA TIMOUMI, SIMONE VERONESI. RICP, 2023

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto, al piano di cura personalizzato
- Proposta di criteri condivisi per la Rete Regionale Toscana di Cure Palliative per l'adulto SICP, 2021
- La stima dei bisogni di cure palliative in una struttura complessa di medicina interna. Utilizzo di integrated palliative care outcome scale (IPOS) - Micaela Appendino, Simone Veronese- RICEP, 2022
- Introducing the Outcome Assessment and Complexity Collaborative (OACC) Suite of Measures A Brief Introduction Witt J, Murtagh FEM, de Wolf Linder S, Higginson U, Daveson BA
- Learning from the use of outcome measures: the difference we can make Fliss Murtagh Cicely Saunders Institute Department of Palliative Care,
- Policy & Rehabilitation King's College London
- Clinical Decision Support Tool for the interpretation of and response to Palliative care Outcome Scale (POS) scores for: a) information needs; b) family anxiety; c) depression; d) breathlessness Developed on behalf of EUROIMPACT (European Intersectoral and Multidisciplinary Palliative Care Research Training)

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE OSPEDALIERE: DI COSA PARLIAMO?

Chiara Secchiardi¹, Alessandro Rocca¹, Emanuela Di Palma¹, Veronica Di Pisa², Chiara Santandrea¹, Tindara Tomaso¹

¹IRCCSAOUS.Orsola, Bologna, Italia, ²IRCCS delle Scienze Neurologiche, Bologna, Italia

SCOPO: L'obiettivo di questo elaborato consiste nel descrivere le caratteristiche dei bambini eleggibili alle CPP in carico all'ospedale di terzo livello preso in esame, descrivere le risorse impiegate nel servizio e quantificare l'impatto ospedaliero in termini di ricoveri e accessi in Pronto Soccorso Pediatrico.

METODO: È stato utilizzato il metodo della service evaluation. In una fase preliminare è stata condotta l'analisi della letteratura disponibile ed il confronto tra esperti clinici per l'estrapolazione degli indicatori con cui mappare l'utenza e le risorse impiegate negli eventi di ricovero ospedaliero esaminati. Tutti i dati sono stati raccolti, e laddove opportuno codificati, su file Excel. Le variabili sono state poi analizzate con metodi di statistica descrittiva.

RISULTATI: La popolazione inclusa durante il periodo di studio è di 225 pazienti (età media 7,1 anni) di cui 14,2% oncologici e 85,8% non oncologici.

La distribuzione dei pazienti sulla base delle 5 categorie ha mostrato una prevalenza dei pazienti in categoria 3 con patologia degenerativa (47,5%).

Complessivamente, la popolazione di studio è andata incontro ad un graduale incremento nel periodo considerato.

Solo il 58,2% risiede nella provincia dell'ospedale analizzato; la rimanente parte proviene dal resto della regione o, nel 5,3% dei casi, da fuori regione.

È elevata la percentuale di famiglie di origine straniera (46,2%) e la necessità della figura del mediatore culturale è stata identificata per il 35,6% degli stranieri.

I pazienti analizzati sono stati stratificati per complessità assistenziale tramite punteggio ACCAPED e i dati mostrano che il 49,8% dei pazienti è nella fascia ad alta complessità assistenziale.

La media del punteggio ACCAPED registrato per ogni paziente del campione è $52,8 \pm 28,7$.

La frequenza scolastica/centri diurni è possibile nell'81,3% dei pazienti con età superiore ai 6 anni: si nota una significativa differenza di punteggio ACCAPED tra chi è inserito nel sistema scolastico/educativo ($49,6 \pm 19,3$) e chi invece ne rimane fuori ($84,1 \pm 24,5$).

Il punteggio ACCAPED dei pazienti che esitano in affido-adozione è significativamente maggiore ($68,7 \pm 34,1$) rispetto al punteggio medio della nostra coorte.

Significativamente maggiore è anche il punteggio dei 23 pazienti (10,2% della coorte) a cui la pianificazione condivisa delle cure (PCC) è stata proposta ($87,3 \pm 26,4$, $p < 0,001$).

Le più frequenti comorbidità descritte sono legate a coinvolgimento neurologico (80%), gastroenterologico (56%) e respiratorio (51%), con una mediana di 4 comorbidità per soggetto (min 1, max 11).

Il 40,4% dei pazienti risulta essere dipendente da almeno 1 presidio tecnologico: gastrostomia in 71 pazienti (31,6% dei casi), tracheostomia in 19 pazienti (8,4% dei casi).

Più di un quarto (27,5%) mostra la necessità di un supporto ventilatorio per garantire un normale scambio di gas (27,5%): NIV/CPAP/HFNC (76%) o IMV (24%).

Abbiamo rilevato una correlazione significativa anche tra il numero di farmaci utilizzati in cronico (media 3, min 0, max 15) e la complessità/gravità del paziente.

Durante il periodo identificato per la Service Evaluation i pazienti hanno avuto in media $3,1 \pm 3,2$ eventi ciascuno, con una mediana di 2 eventi per paziente ed un intervallo che rivela un'ampia variabilità (da un minimo di 0 ad un massimo di 17 eventi). La durata media di degenza dei ricoveri (78,3% degli eventi registrati), è risultata molto variabile (in media $19,7 \pm 36,0$ giorni, mediana di 7 giorni, intervallo minimo-massimo 0-242 giorni).

Nel 23,9% dei ricoveri è stata necessaria un'ammissione in PICU (durata media $25,8 \pm 40,2$, min 1, max 209 gg).

Dal confronto tra le due categorie di eventi (dimissione da PS e ricovero) emerge una frequenza significativamente maggiore di ricoveri effettuati per procedure di diagnostica/interventistica e per follow-up e terapia ($p < 0,001$), mentre gli accessi la cui motivazione principale si riconduce a infezione si risolvono con una frequenza significativamente maggiore in PS, così come gli eventi causati da complicanze insorte a

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

device di cui il paziente è portatore, le cause gastrointestinali di natura non infettiva e le cause di natura diversa da quelle riportate nelle altre categorie, come ad esempio episodi dolorosi, traumi, fratture, anemia. Analogamente, sono stati analizzati i dati relativi al coinvolgimento delle varie figure professionali coinvolte durante gli accessi. Dai dati raccolti risulta una media di $4,1 \pm 3,5$ (DS), e una mediana di 3 professionisti coinvolti, con un minimo di 1 e un massimo di 21.

CONCLUSIONI: Dall'analisi dei risultati desideriamo estrapolare alcune considerazioni:

Il numero di pazienti eleggibili alle CPP è in costante crescita

Le patologie prevalentemente riscontrate sono di natura neurologica, gastroenterologica e respiratoria.

Il numero di pazienti che hanno superato i 12 anni è consistente, e richiede la costruzione di percorsi di transitional care.

Il numero dei professionisti coinvolti per ogni paziente è mediamente elevato e richiede processi condivisi e capacità di lavorare in equipe multidisciplinare.

In considerazione dell'alta percentuale di pazienti provenienti da fuori provincia, sarebbe utile implementare percorsi di telemedicina in collaborazione con i centri di prossimità.

Molte famiglie hanno origini straniere e la barriera non è solo di tipo linguistico, dunque si riscontra una tangibile necessità di mediazione culturale da implementare e di una maggiore competenza diffusa tra i professionisti coinvolti nell'assistenza a questi pazienti in termini di interculturalità.

Il tema dell'assistenza spirituale è risultato nel nostro studio come supporto poco diffuso. Auspichiamo una maggiore consapevolezza tra i professionisti dei bisogni spirituali che possono emergere sia tra i pazienti che tra i professionisti stessi, e una implementazione del servizio di assistenza spirituale in grado di rispondere alla multiculturalità rilevata.

Anche la Pianificazione Condivisa delle Cure è risultata poco utilizzata. Le criticità che evidenziamo sono legate al fatto che sia una pratica ancora poco conosciuta dai professionisti, che non sia semplice stabilire i tempi e le modalità giuste per avviarla, e che nell'ambito della multiculturalità siano necessarie conoscenze e competenze ulteriori che potrebbero essere fornite dalla presenza in equipe del mediatore culturale.

BIBLIOGRAFIA:

Benini F, Bellentani M, Reali L, et al. (2021) "An estimation of the number of children requiring pediatric palliative care in Italy.", Ital J Pediatr 47:4.

Caggiano S., Pavone M., Cherchi C., Paglietti M.G., Schiavino A., Petreschi F., Chiarini Testa M.B., Cutrera R. (2023), "Children with medical complexity and pediatric palliative care: Data by a respiratory intermediate care unit" Pediatr Pulmonol, 58 (3), pp. 918-926.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



APPROCCI DI CURA PER LE PERSONE CON MALATTIE NEURODEGENERATIVE: ANALISI DEI MODELLI DI CURE NEUROPALLIATIVE

Serena Saulle¹, Maura Marogna², Franco Henriquet¹

¹Fondazione Gigi Ghirotti Genova ETS, Genova, Italia, ²As3 Sistema Sanitario Regione Liguria, Genova, Italia

SCOPO: I pazienti affetti da patologia neurodegenerativa richiedono un approccio multidisciplinare condiviso fra palliativista e neurologo per affrontare progressivamente la complessità dei bisogni. La lunga durata, la gestione delle disabilità e delle acuzie e la difficile definizione di terminalità sono le sfide principali da affrontare in questa tipologia di paziente.

Il processo decisionale relativo all'attivazione delle cure palliative prevede la valutazione di una serie di snodi decisionali (trigger) legati ai bisogni di cure palliative, alle traiettorie di malattia e agli indicatori di malattia avanzata o di fine vita.

Il servizio di attività domiciliare che si occupa di pazienti affetti da SLA e altre patologie neurodegenerative progressive nel corso degli anni è cresciuto esponenzialmente e di conseguenza è emersa la necessità di analizzare la sostenibilità e l'efficacia del servizio erogato.

Tab. 1 Analisi degli assistiti per patologia, seguiti dal 01.09.2024 al 28.02.2025

CATEGORIA SLA	N° CASI	% RISPETTO AL TOTALE
Malattie delle cellule delle corna anteriori	79	65%
CATEGORIA DISTURBI DI MOVIMENTO	N° CASI	% RISPETTO AL TOTALE
Degenerazioni cerebrali che si manifestano abitualmente nell'infanzia	1	19%
Morbo di Parkinson	15	
Altre malattie extrapiramidali e altri disturbi del movimento	6	
Malattie spinocerebellari	1	
TOT.	23	
CATEGORIA DEMENZE	N° CASI	% RISPETTO AL TOTALE
Demenze	5	7%
Altre degenerazioni cerebrali	4	
TOT.	9	
CATEGORIA SCLEROSI MULTIPLA	N° CASI	% RISPETTO AL TOTALE
Sclerosi Multipla	3	65%

Tab. 2 Luogo Decessi/ Media GDC per patologia

LUOGO DECESSO	N. PAZIENTI SLA
DECESSO DOMICILIO	13
DECESSO IN HOSPICE	5
DECESSO IN OSPEDALE	1
TOT.	19
Media GDC	547,0476
LUOGO DECESSO	N. PAZIENTI CON DISTURBI MOVIMENTO
DECESSO DOMICILIO	4
DECESSO IN HOSPICE	1
DECESSO IN OSPEDALE	1
TOT.	6
Media GDC	365,6923
LUOGO DECESSO	N. PAZIENTI CON DEMENZE
DECESSO DOMICILIO	2
DECESSO IN RSA	1
DECESSO IN HOSPICE	1
TOT.	4
Media GDC	153,4
LUOGO DECESSO	N. PAZIENTI CON SCLEROSI MULTIPLA
DECESSO DOMICILIO	0
DECESSO IN RSA	0
DECESSO IN HOSPICE	0
TOT.	0
Media GDC	1273

METODO: L'analisi osservazionale di tipo retrospettivo è stata condotta sui pazienti assistiti nel periodo compreso tra il 1 settembre 2024 e il 28 febbraio 2025. I dati sono stati analizzati utilizzando il metodo della statistica descrittiva con il software di calcolo Excel e sono concentrati nel periodo successivo all'avvio del progetto di collaborazione con il Dipartimento Regionale del Servizio di Emergenza Sanitaria Territoriale avente come fine la segnalazione al 112 delle decisioni di fine vita degli assistiti affetti da SLA. Il modello di cura più efficace prevede l'integrazione dei servizi coinvolti nella rete assistenziale e si basa sulla creazione di un sistema in grado di affrontare le questioni di bioetica di fine vita nel rispetto delle scelte personali con la costruzione delle pianificazioni condivise delle cure (PCC). Sono state selezionate quattro patologie neurologiche: SLA, disturbi del movimento, demenze, sclerosi multipla (cfr. Tab1).

Perciò, per ciascuna patologia, caratterizzata da decorso e durata diversi in cui l'attivazione delle cure palliative può variare sensibilmente nel timing di intervento, sono stati presi in considerazione i seguenti dati:

- Giornate di cura media (GDC);
- Luogo del decesso del paziente in funzione di quanto previsto nelle PCC redatte.

RISULTATI: Dall'analisi dello studio emergono i seguenti dati:

- la durata dell'assistenza espressa in GDC mostra che i pazienti affetti da SLA sono assistiti più a lungo rispetto alle altre tipologie di pazienti in quanto necessitano di una presa in carico precoce, fin dalla diagnosi, da parte delle cure palliative specialistiche (CPS);
- per tutte le patologie il domicilio è il luogo di decesso più rappresentato, in particolare per i pazienti SLA. Non sono presenti decessi in RSA per pazienti con disturbi del movimento a differenza di quanto riportato in letteratura. I decessi in ospedale (n°2) rispecchiano le scelte del nucleo familiare sulla base dell'accettazione del piano palliativo e del carico assistenziale non sostenibile al domicilio rispetto alla fragilità dei componenti del nucleo.

CONCLUSIONI: La segnalazione precoce del paziente SLA nasce per garantire a tutti gli assistiti la possibilità di ricevere informazioni esaustive, indispensabili per prendere, nel corso dei mesi, decisioni relative principalmente alla sospensione e al rifiuto delle cure e dei supporti vitali. Inoltre, la rapida evoluzione e la presenza di situazioni critiche imprevedibili implicano un monitoraggio continuo di questi assistiti allo scopo di garantire le PCC redatte.

Nei pazienti con malattie extrapiramidali, demielinizzanti e demenze, per la loro evoluzione progressiva più lenta, l'esordio dei bisogni di cure palliative avviene in fasi più avanzate del decorso clinico. In queste condizioni sono comunque presenti fasi di stabilità che richiedono una rivalutazione trimestrale per definire il percorso più appropriato, valutando il coinvolgimento delle strutture ospedaliere ed altri servizi territoriali. La differenza di GDC legata al modello organizzativo nasce, quindi, per garantire la sostenibilità del servizio alla luce della prognosi e delle fasi di stabilità raggiunte con la creazione della rete di supporto intorno all'assistito.

Il luogo di morte viene spesso considerato un dato rilevante per valutare la qualità delle cure alla fine della vita, anche se questo dato è condizionato da molti fattori, quali la vicinanza di ospedali o di strutture residenziali, la disponibilità di servizi domiciliari, i bisogni e i desideri delle persone. L'indicatore analizzato insieme alle PCC redatte consente invece di poter definire l'efficacia della qualità assistenziale fornita.

BIBLIOGRAFIA:

Pankaj et al, Place of death in Parkinson's disease: trends in the USA, BMJ Support Palliat Care, 2021

Zoib et al, Temporal trends in Parkinson's disease among older adults in the United States from 1999 to 2020: Retrospective analysis from CDC WONDER database, Parkinsonism Relat Disord, 2024

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

FINE VITA IN PRONTO SOCCORSO: PREVALENZA DELLE TRAIETTORIE E STRATEGIE DI CURA. UNO STUDIO RETROSPETTIVO.

Michele Domenico Spampinato¹, Elene Zaccarini², Margherita Milan², Matteo Guarino¹, Chiara Pesci³, Roberto De Giorgio¹

¹Dipartimento di Medicina Traslazionale e per la Romagna, Università degli Studi di Ferrara, Ferrara, Italia, ²Scuola di Specializzazione Medicina d'Emergenza Urgenza, Università degli Studi di Ferrara, Ferrara, Italia, ³UOC Medicina d'Emergenza-Urgenza, Dipartimento Emergenza, AO di Ferrara, Ferrara, Italia

Scopo

Identificare correttamente i pazienti in fine vita è cruciale al fine di poter stabilire il migliore approccio di cura. L'obiettivo di questo studio è valutare la prevalenza delle diverse traiettorie di fine vita in Pronto Soccorso e la correlazione con le strategie di diagnosi e cura che vengono erogate in tali pazienti.

Metodo

Studio retrospettivo monocentrico osservazionale che ha incluso i pazienti adulti che sono deceduti in pronto soccorso tra il gennaio 2018 ed il dicembre 2022. Sono state definite 5 traiettorie di fine vita: 1) soggetti sani con evento acuto indipendentemente dalla età; 2) pazienti con cancro terminale noto e candidati a terapia palliativa esclusiva; 3) riacutizzazioni di patologia cronica in assenza di nota terminalità; 4) soggetti fragili per demenza severa, parkinson, emiplegia o multicomorbidi definiti da Charlson Comorbidity Index (CCI) >5 con evento acuto ed in assenza di nota terminalità; 5) non classificati precedentemente.

Risultati

Sono stati inclusi un totale di 657 pazienti, di cui 38 in traiettoria 1 (6%), 68 in traiettoria 2 (11%), 63 in traiettoria 3 (10%), 310 in traiettoria 4 (49%), e 149 (24%) in traiettoria 5. I pazienti in traiettoria 1 sono stati più frequentemente sottoposti a rianimazione cardiopolmonare con manovre di supporto vitale avanzate (66%), seguiti dai pazienti in traiettoria 5 (43%), 3 (32%), 2, e 4 (24%), ($p < 0,001$). L'avvio di una strategia di cura esclusivamente palliativa è stata scelta più frequentemente nei pazienti in traiettoria 2 (35%), seguita dai pazienti in traiettoria 5 (13%), traiettorie 3 e 4 (11%) e traiettoria 1 (2,6%), ($p < 0,001$). La discussione esplicita del fine vita è avvenuta più frequentemente nei pazienti in traiettoria 2 (51%), rispetto alle traiettorie 4 e 5 (34%), traiettoria 3 (32%) e traiettoria 1 (21%), ($p = 0,019$).

Tra i criteri dei CCI, la patologia ischemica cronica aumentava la probabilità di essere sottoposti a manovre di rianimazione avanzata (OR 2,372, $p < 0,001$), mentre la demenza (OR 0,324, $p < 0,001$), emiplegia (OR 0,224, $p = 0,002$), la presenza di tumore metastatico (OR 0,458, $p = 0,026$) e l'essere affetto da leucemia (OR 0,104, $p = 0,036$) si associavano ad una riduzione delle probabilità in maniera significativa. L'accesso con richiesta esplicita di palliazione (OR 13,79, $p < 0,001$), il punteggio CCI (OR 1,244, $p = 0,045$) ed essere affetti da una patologia terminale (OR 3,44, $p < 0,001$) erano associati significativamente al riconoscimento del decesso imminente ed all'avvio di terapia palliativa esclusiva. L'essere già in carico presso servizio cure palliative non si associava invece per sé all'inizio di terapia palliativa esclusiva.

Conclusioni

Frequentemente il Pronto Soccorso rappresenta un punto di incontro tra i pazienti in fine vita ed il sistema sanitario nazionale, per cui il corretto riconoscimento di questo stato rappresenta un elemento imprescindibile per identificare quei pazienti nei quali dei bisogni di palliazione insoddisfatti dovrebbero essere presi in carico (Elmer et al., 2022). Come evidenziato nel nostro studio, nonostante classicamente 4 traiettorie siano state identificate nel descrivere il fine vita, spesso alcuni pazienti non rientrano in nessuna di esse (Lunney et al., 2002) e stabilire il corretto bilanciamento tra trattamento eziologico ed esclusivo palliativo rimane difficile (Zambrano et al., 2025). Identificare correttamente la traiettoria di fine vita in Pronto Soccorso permetterebbe di differenziare tra i pazienti nei quali l'approccio palliativo, indispensabile in tutti i pazienti, va associato necessariamente a trattamenti aggressivi eziologici dai quali i trattamenti curativi non sono più clinicamente né eticamente appropriati alla luce della loro incapacità di modificare il percorso di vita.

Come evidenziato dai nostri risultati, tale approccio teorico si scontra con la difficoltà di identificare quell'accesso come quello terminale e la bassa probabilità di avviare un percorso esclusivo palliativo non



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



solo nei pazienti che accedono in Pronto Soccorso per una riacutizzazione di una patologia di base e nei pazienti cronici che accedono per nuova patologia (traiettorie 3 e 5), ma anche nei pazienti con nota terminalità ed elevata fragilità (traiettorie 2 e 4) (SIAARTI2013), anche per l'assenza di strumenti specifici di valutazione (Huang et al., 2020, Heufel et al., 2022).

Nonostante siano state sviluppate recenti linee guida di buona pratica per guidare l'ammissione alle unità di terapia intensiva (SIAARTI2018), non è chiaro l'effetto che ha l'implementazione in Pronto Soccorso di percorsi formativi in cure palliative e di strategie di supporto clinico decisionale su mortalità, ricovero ospedaliero ed utilizzo di terapie intensive nei pazienti in fine di vita (Grudzen et al., 2025), per cui rimane alta la necessità di sviluppare ulteriori strumenti che, integrando informazioni cliniche multidisciplinari ed etiche, siano in grado di guidare il clinico nella scelta dell'intervento più appropriato, capace di bilanciare il rispetto per la dignità umana, la capacità di autodeterminazione del paziente, ed il miglior approccio curativo.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP Società
Italiana
Cure
Palliative

PRESENZA INFERMIERISTICA 24/7 NELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: VALUTAZIONE PRELIMINARE DEGLI EFFETTI SULLA QUALITÀ DELLE CURE E SUL BENESSERE ORGANIZZATIVO

Giulia Scravaglieri¹, Giorgia Gollo¹, Emanuela Molinari¹, Cinzia Maranzana¹

¹Rete locale di cure palliative ASL4 Chiavarese, Chiavari, Italia

SCOPO: Il progetto di ricerca mira a esplorare l'implementazione di una nuova turnistica nelle cure palliative domiciliari, che prevede la presenza infermieristica 24 ore su 24/7 giorni su 7, con un focus specifico sulla valutazione della qualità della presa in carico percepita dal paziente e dal caregiver e sulla percezione del benessere lavorativo degli operatori sanitari. Lo studio è stato condotto in un Servizio di Cure Palliative Domiciliari in Liguria e analizza l'impatto della turnazione di 12 ore, introdotta sia per migliorare la continuità assistenziale e allo stesso tempo ridurre il rischio di burn-out tra gli infermieri.

L'obiettivo principale è determinare se la nuova turnistica possa effettivamente migliorare la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e ai loro caregiver e, contemporaneamente, sostenere il benessere psicofisico degli operatori sanitari coinvolti. La ricerca intende rispondere alle seguenti domande:

Qualità della Presa in Carico del Paziente: La nuova turnistica di 12 ore migliora la qualità della presa in carico del paziente rispetto alla turnazione tradizionale? Vengono valutati aspetti come la tempestività delle risposte ai bisogni dei pazienti, la continuità delle cure, e la soddisfazione dei pazienti e dei loro caregiver.

Benessere degli Operatori Sanitari: La turnazione di 12 ore influisce positivamente sul benessere degli operatori sanitari? Si esaminano il livello di stress, il rischio di burn-out, la soddisfazione lavorativa e la percezione di supporto organizzativo tra gli infermieri.

Prospettive Future: Quali miglioramenti possono essere apportati per ottimizzare ulteriormente la turnazione di 12 ore? Si esplorano le potenziali modifiche organizzative e le strategie di supporto per garantire la sostenibilità e l'efficacia del nuovo modello di turnazione.

Lo studio si propone di fornire evidenze empiriche che possano guidare le decisioni organizzative nel campo delle cure palliative domiciliari, contribuendo a migliorare la qualità della vita di pazienti e caregiver e il benessere degli operatori sanitari.

METODO: La metodologia della ricerca comprende una revisione della letteratura e uno studio empirico basato su questionari e focus group. La revisione della letteratura ha esaminato le normative relative alle cure palliative e il benessere organizzativo nelle aziende sanitarie. Il campione dello studio empirico include 13 pazienti e 15 caregiver attualmente in carico al servizio di cure palliative domiciliari, nonché caregiver che hanno subito il lutto del paziente e per lo studio riguardante il benessere dell'operatore il campione comprende 12 infermieri facente parte dell'equipe di cure palliative domiciliari. Per valutare la qualità dell'assistenza sono stati utilizzati questionari anonimi creati ad hoc, composti da 11 domande a risposta chiusa. Mentre, per valutare il benessere dell'operatore è stato utilizzato il focus group, composto da 7 domande condotto da una psicologa e dall'infermiera autrice dello studio.

RISULTATI: Risultati dei Questionari

I risultati dei 28 questionari mostrano che la maggior parte dei pazienti e dei caregiver ritiene positivo poter beneficiare del servizio di cure palliative domiciliari. Gli aspetti positivi riscontrati includono l'ascolto e la comprensione, la tempestività nel rispondere ai bisogni, la professionalità e la disponibilità degli operatori. Solo il 3,6% del campione ha riscontrato mancanze nella tempestività, nella condivisione del piano di cura e nella chiarezza dell'organizzazione del servizio. La tempestività e l'appropriatezza nella gestione dei sintomi urgenti sono state valutate positivamente dalla maggior parte dei partecipanti. Gli accessi notturni degli infermieri hanno scongiurato accessi impropri in Pronto Soccorso, migliorando la gestione del paziente e riducendo i costi per l'azienda sanitaria.

Risultati del Focus Group

Il focus group ha permesso di comparare gli aspetti positivi e negativi della nuova turnistica. Gli aspetti positivi includono una migliore presa in carico dei pazienti, una maggiore continuità del servizio e una riduzione del rischio di burn-out tra gli infermieri. Tuttavia, sono emerse alcune criticità organizzative, come la difficoltà di gestire il carico di lavoro e la necessità di migliorare la cartella informatizzata. Gli infermieri hanno apprezzato il maggiore tempo libero e la possibilità di rigenerarsi, ma hanno anche evidenziato la stanchezza derivante dai turni di 12 ore.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: L'implementazione della turnistica di 12 ore nelle cure palliative domiciliari ha portato benefici significativi, migliorando la qualità dell'assistenza e il benessere degli operatori. Tuttavia, sono necessari ulteriori miglioramenti organizzativi per ottimizzare il servizio. La ricerca ha evidenziato l'importanza di un approccio integrato e multidisciplinare nelle cure palliative domiciliari, nonché la necessità di supportare gli operatori sanitari per prevenire il burn-out.

BIBLIOGRAFIA:

- World Health Organization, Cancer pain relief and palliative care- Technical report series 804, 1990
- World Health Organization, National cancer control programmes- Policies and managerial guidelines 2nd edition, 2002
- La Costituzione Italiana, Articolo 32
- Hugh Barr, Della Freeth, Marilyn Hammick, Ivan Koppel, Scott Reeves, The evidence base and recommendations for interprofessional education in health and social care, 2006
- Mariadonata Bellentani, Daniela Furlan, Gianlorenzo Scaccabarozzi, 10 anni dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 e provvedimenti attuativi, editing Matteo Crippa, Daniela Furlan, 31 dicembre 2020, Ministero della Salute.
- Luca Moroni, Carlo Peruselli, Gianpaolo Fortini, Luciano Orsi, Stefania Bastianello, Grazia Di -Silvestre, Barbara Rizzi, Maria Grazia Bonesi, Il modello organizzativo in cure palliative, 2019
- Maslach C. La sindrome del burnout. Assisi: Cittadella; 1992.
- Maslach C, Leiter MP. Burnout e organizzazione. Trento: Erickson; 2000.
- Cicely Saunders, L'assistenza ai malati <>, JacaBook, 2004
- Francesco Avallone, Mauro Bonaretti, Benessere organizzativo. Per migliorare la qualità del lavoro nelle amministrazioni pubbliche, Rubbettino Editore, 2003
- Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. J Clin Psychol 2002 Nov;58(11):1433-1441
- Giacomo Ercolani, Silvia Varani, Barbara Peghetti, Luca Franchini, Maria Beatrice Malerba, Rossana Messina, Vittoria Sichi, Raffaella Pannuti, Franco Pannuti, Burnout in Home Palliative Care: What Is the Role of Coping Strategies?, 2020
- Floriana Caccamo, Simona Ghedin, Cristina Marogna, La valutazione del burnout e dell'alestitimia in un gruppo di operatori in cure palliative: studio pilota, 2017
- Cesarina Prandi, Infermieristica in cure Palliative, Edra editore, 2015
- Diamante Iavarone, Gli effetti dei turni di 12 ore sul personale infermieristico. Una revisione narrativa, Rivista dell'infermiere n°3, 2016
- Miele Graziana, Pentella Giovanna. La qualità dell'assistenza infermieristica in cure palliative: uno studio osservazionale. NSC Nursing (2016), Volume 4, Nr.2.
- Furio Zucco, Hospice in Italia, prima rilevazione ufficiale, Ministero della Salute, 2006

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PROSECUZIONE DELLO STUDIO SUGLI ACCESSI AL PRONTO SOCCORSO DEI PAZIENTI IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI COME INDICATORE DI QUALITÀ ASSISTENZIALE

Vivian Sardo¹, Barbara Bovi¹, Graziella Falcione¹, Maria Cristiana Rossi¹, Maria Carmen Toia¹

¹UOCHospice Cure Palliative - ASSTRhodensePoSalvini, Garbagnate Milanese, Italia

SCOPO: Numerose evidenze scientifiche dimostrano come servizi di assistenza domiciliare, cure palliative e Hospice, unitamente a un'adeguata pianificazione condivisa con paziente e famiglia, possano prevenire gran parte degli accessi non programmati alle strutture ospedaliere (1).

La maggior parte delle persone nel fine vita esprime il desiderio di restare nella propria abitazione il più a lungo possibile. Pertanto, l'accesso imprevisto al Pronto Soccorso o il ricovero ospedaliero rappresentano spesso un indicatore di bassa qualità dell'assistenza nella fase di fine vita. Tali eventi possono riflettere una carenza nella pianificazione dell'assistenza o un insufficiente controllo dei sintomi, spesso sostituiti da interventi terapeutici più aggressivi. Inoltre, possono indicare una scarsa disponibilità o un limitato utilizzo dei servizi di cure palliative domiciliari e degli Hospice (1).

Alla luce di ciò, era stato avviato un progetto di studio, attivo dal 1° gennaio 2023 al 31 agosto 2023 e successivamente il periodo di indagine è stato ampliato al 31 dicembre 2024, con l'obiettivo di analizzare gli accessi al Pronto Soccorso da parte di pazienti in Cure Palliative Domiciliari (CP-Dom). L'indagine intende valutare le motivazioni e gli esiti di tali accessi, al fine di giudicare l'appropriatezza rispetto ai bisogni del paziente e della famiglia. Questo permetterà di affinare gli strumenti di valutazione della qualità dei servizi territoriali e di cure palliative, sia oncologiche che non, anche alla luce delle prese in carico più precoci ed in simultaneous care, contribuendo a migliorare l'assistenza erogata e a ridurre l'impatto economico sul sistema sanitario regionale e nazionale. Un altro aspetto è stato quello di analizzare le caratteristiche dei pazienti ricoverati in Hospice per accesso diretto dal Pronto Soccorso.

Nell'ambito dello stesso progetto, è stato considerato anche il possibile impatto delle modifiche normative in materia di rimodulazione dei percorsi in funzione del completamento dei livelli di intensità assistenziale in vigore dal 1° gennaio 2024 (2) sul numero degli accessi in pronto soccorso dei pazienti in CP-Dom.

La motivazione dell'indagine risiede anche nell'estensione delle cure palliative a pazienti affetti da patologie inguaribili non oncologiche, nell'evoluzione delle terapie oncologiche – che sempre più spesso richiedono una gestione dei sintomi in modalità simultaneous care – e quindi nella progressiva diffusione di un'assistenza domiciliare non limitata esclusivamente al periodo di fine vita.

METODO: Lo studio include i pazienti seguiti dal Servizio di Cure Palliative Domiciliari (CP-Dom), che garantisce una reperibilità medica e infermieristica attiva 24 ore su 24, inclusi i giorni festivi.

Tra i parametri analizzati sono stati inclusi:

- Numero di chiamate notturne nei giorni feriali (dalle 20:00 alle 08:00)
- Numero di chiamate nei giorni non feriali (sabato, domenica e festivi, 08:00–08:00 del giorno successivo)
- Profilo del chiamante (caregiver/familiare/paziente, infermiere, altro)
- Tipologia delle visite domiciliari successive (mediche, infermieristiche, congiunte)
- Profilo del chiamante al servizio di emergenza-urgenza
- Esito della chiamata all'emergenza-urgenza (gestione domiciliare, trasporto in PS, altro)
- Numero di accessi in PS non preceduti da contatto con il servizio CP-Dom
- Motivazione dell'accesso in PS
- Esito dell'accesso in PS (trattamento, ricovero, decesso, rientro a domicilio, altro)
- Caratteristiche anagrafiche, cliniche e sociali del paziente
- Giornate di assistenza in CP-Dom al momento dell'accesso in PS

RISULTATI: L'indagine si è conclusa il 31 dicembre 2024 e sono stati analizzati i dati ottenuti alla fine del periodo di studio.

CONCLUSIONI: Al termine del periodo di osservazione, i dati raccolti sono stati analizzati per verificare se il solo numero degli accessi in Pronto Soccorso possa rappresentare realmente un indicatore della qualità dei servizi di Cure Palliative Domiciliari o se invece non sia necessario considerare anche le cause che li



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



determinano, soprattutto alla luce del nuovo assetto normativo e assistenziale, non univocamente indirizzato alla gestione del fine vita.

BIBLIOGRAFIA:

1. La qualità dell'assistenza documenti dell'agenzia Regionale di Sanità della Toscana nelle cure del fine vita, Pagina.22, maggio 2017.
2. Delibera Giunta Regionale XXII/850 seduta del 08/08/2023 Regione Lombardia -Ulteriori Determinazioni in ordine agli Indirizzi di Programmazione del SSR per l'anno 2023. Secondo Provvedimento – Paragrafo 11:Ulteriori Determinazioni nell'ambito delle Cure Palliative di cui alla Dgr X/5918/2016 e alla Dgr XI/1046/2018.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP Società
Italiana
Cure
Palliative

RISULTATI DI UNA SURVEY RIVOLTA AI CAREGIVER CON ASSISTENZA DI CURE PALLIATIVE DOMICILIARI NELLA PROVINCIA DI PAVIA.

Carlo Lucarini¹, Giovanni Piccinelli¹, Francesca Vidali¹, Martina Ballerini¹, Simone D'Alpaos¹

¹Fondazione Sartori, Pavia, Italia

SCOPO: Raccolta delle opinioni su quanto percepito dai caregiver, in termini di impatto qualitativo e sugli obiettivi delle cure palliative domiciliari erogate nella provincia di Pavia.

METODO: Da Febbraio ad Aprile 2025 sono state somministrate in modo anonimo e previa raccolta del consenso informato le survey ai caregiver con assistenza CP-Domattiva da almeno 30 giorni. Il sondaggio prevedeva 13 domande (12 a scelta multipla, 1 domanda aperta) atte ad esplorare quanto percepito dai caregiver in relazione agli aspetti qualitativi, agli obiettivi e alla soddisfazione sull'assistenza ai pazienti in carico alle cure palliative domiciliari.

RISULTATI: Nel periodo riportato sono state raccolte 50 survey che hanno prodotto i seguenti risultati:

- 1) Il parere sull'assistenza CP-dom è cambiato positivamente nella quasi totalità dei casi (-Molto d'accordo- nel 74,29% dei casi)
- 2) Nella domanda aperta (cui molti non hanno risposto) presente nella survey è stato chiesto di esplicitare il motivo della soddisfazione rivolta al servizio. Tra i commenti più diffusi e presenti con elevata frequenza si fa riferimento alla professionalità, all'aver portato qualche tipo di miglioramento nella vita del paziente. È stato fatto spesso riferimento al fatto che il servizio CP-dom non fosse noto ai caregiver.
- 3) È stato chiesto al caregiver di indicare con un voto da 0 a 10 gli obiettivi delle cure palliative domiciliari. 9,51 punti di media totalizzati dalla -Presenza in carico del benessere e della qualità della vita-. 9,78 punti di media per quanto riguarda la -Gestione del dolore- e poi, in ordine, -Gestione della sofferenza psicologica- (9,26), delle lesioni da decubito (9,04), della fase terminale (8,96) e dell'igiene personale (8,4).
- 4) Data la tua esperienza. Consigliaresti le CP-dom? La risposta è stata -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (85,71%).
- 5) Come caregiver ti sei sentito aiutato e compreso durante l'assistenza? -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (82,86%).
- 6) Come caregiver hai ricevuto consigli nei momenti di difficoltà? -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (71,43%).
- 7) Ritieni che le CP-dom abbiano evitato dolore al paziente? -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (71,43%).
- 8) Ritieni che le CP-dom abbiano gestito ansia/agitazione del paziente? -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (68,57%).
- 9) Ritieni che le CP-dom abbiano aiutato il paziente nelle fasi finali della malattia? Si sono astenuti alla domanda il 20% dei caregiver. -Molto d'accordo- (48,57%).
- 10) Ritieni che l'equipe abbia tenuto atteggiamento professionale e comprensivo? -Molto d'accordo- nella quasi totalità dei casi (94,29%).
- 11) Ritieni che le CP-dom abbiano ridotto o evitato il numero di accessi in PS? -Totalmente d'accordo- nella quasi totalità dei casi (74,29%).
- 12) Come è stato evitato l'accesso in PS? -Tramite visita medica o infermieristica in regime di urgenza- (20 risposte) seguita da -Tramite consulenza telefonica- (15 risposte) e -Tramite visita programmata- (12 risposte).
- 13) Ritieni che le CP-dom abbiano gestito i momenti di difficoltà emotiva del paziente? -Molto d'accordo- (71,43%).

CONCLUSIONI: La survey ha consentito di raccogliere i seguenti feedback sulle CP-dom, tramite essi, si conferma quanto il servizio sia diffusamente apprezzato. I caregiver dirigono l'attenzione su elementi dell'assistenza come la professionalità dell'equipe domiciliare e la solidità dei risultati clinici. Altro dato, talvolta esplicitato, è quello della scarsa conoscenza del servizio CP-dom nella provincia di Pavia. Riguardo agli obiettivi delle CP-dom i caregiver riportano di percepire un orientamento al benessere e alla qualità

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



della vita unitamente alla gestione del dolore (parametro che viene indicato come ottimamente gestito). La gestione della fase terminale non viene indicata con elevata frequenza dai caregiver probabilmente in relazione al performance status ancora buono del paziente. Ritenendo che tale fase non sia imminente o, altra ipotesi, per la mancata trattazione della tematica da parte dell'equipe sanitaria. L'esperienza di assistenza CP-dom viene comunque sempre consigliata, i caregiver dichiarano di sentirsi compresi e aiutati dalle CP-dom. L'assistenza viene valutata come professionale, comprensiva e in grado di aiutare nei momenti di difficoltà emotiva il paziente. Altro dato: i caregiver riportano quanto l'assistenza domiciliare aiuti ad evitare o ridurre gli accessi in PS. Questi sono evitati tramite visita domiciliare in regime d'urgenza, consulenza telefonica o visita programmata (in ordine di risposta).

Le risposte ottenute consentono di orientare l'atteggiamento da parte dei medici palliativisti al domicilio indicando, per esempio, in modo più esaustivo gli obiettivi dell'assistenza e affrontando più precocemente la tematica del fine vita. Di valore e particolarmente apprezzato risulta comunque l'impatto delle CP-dom sia sul paziente che sul caregiver.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP Società
Italiana
Cure
Palliative

IMPLEMENTAZIONE DELLO ZARIT BURDEN INTERVIEW IN UN HOSPICE TERRITORIALE PER LA VALUTAZIONE E GESTIONE DELLO STRESS DEL CAREGIVER

Edoardo Pasqualotto¹, Daria Ravazzini¹, Gabriele Bedini¹, Alice Catellani¹, Viviana Scorza¹, Martina Fiaccadori¹, Mirta Rocchi¹

¹Hospice Casa Madonna Dell'uliveto, Albinea, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Valutazione oggettiva dello stress del caregiver dal pre-ingresso in hospice alla dimissione. Diffondere la conoscenza della scala Zarit Burden Interview (ZBI) agli operatori e implementare l'utilizzo della ZBI in un hospice territoriale.

METODO: Viene effettuato uno studio pilota osservazionale prospettico nel setting di un hospice territoriale. Lo studio riguarda l'implementazione della scala Zarit Burden nella versione short-form a 7 item.

È prevista l'autocompilazione della scala da parte del caregiver.

Al tempo T0 la scala viene consegnata dall'infermiera/e della Continuità Assistenziale al momento del colloquio Pre-Ricovero.

Al tempo T1, ovvero dopo 10 giorni dall'ingresso in hospice del paziente, è prevista una seconda somministrazione della scala, consegnata dalla Psicologa/Infermiere Primary al caregiver.

L'ultima somministrazione al tempo T2 sarà effettuata poi al momento della dimissione.

T0 = AL MOMENTO DEL PRERICOVERO (consegnata dalla Continuità Assistenziale)

T1 = A 10 GIORNI DAL RICOVERO (consegnata dalla psicologa/primary)

T2 = ALLA DIMISSIONE (consegnata dalla psicologa/coordinatrice/primary)

*In caso di decesso del paziente verrà considerata una perdita al follow-up (T1, T2).

La scheda ZBI è uno dei principali strumenti di valutazione, ad un primo livello, dello stress del caregiver. Nella versione originale, validata anche in lingua italiana, ha 22 item ed è decisamente poco agevole nella pratica clinica. Il gruppo OACCIO ha validato in una versione a 7 item compilabile in pochi minuti e utilizzabile per la pianificazione assistenziale. ZBI consente di definire il livello di sovraccarico del caregiver in tre categorie: assenziale di sovraccarico (<14), leggero (14-18), severo (>18). La restituzione di un dato oggettivo permette di pianificare maggiormente le cure in hospice definendo un progetto che tenga conto anche della scelta del migliore setting di cura per lui ed i suoi familiari. Lo score dello ZBI può suscitare alcune riflessioni: è utile un supporto psicologico e/o spirituale per il caregiver?; è sostenibile un'assistenza domiciliare in presenza di un livello di sovraccarico severo?; è utile attivare un servizio di supporto alla famiglia, per esempio un OSS a domicilio, per ridurre il sovraccarico?; è meglio pensare ad un ricovero in un'altra struttura?

In questo studio è prevista una prima fase trial della durata di 6 mesi, al termine della quale verrà valutato il progetto. A distanza di 3 mesi dall'inizio della fase trial verrà programmata una verifica intermedia del progetto, dove sarà organizzata una riunione del gruppo ricerca per verificare l'andamento del progetto ed eventuali azioni correttive da effettuare.

Al termine della fase trial, verrà effettuata una valutazione del progetto ed è prevista l'introduzione della scala nella pratica clinica.

RISULTATI: Emerge dalla letteratura che lo ZBI è lo strumento più utilizzato per misurare il carico e lo stress del caregiver, e rientra all'interno della suite OACC per la misurazione dei bisogni di cure palliative validato a livello internazionale. La versione abbreviata a 7 item riduce l'onere di tempo per gli operatori sanitari e ricercatori, fornendo misure accurate ed efficienti dello stress del caregiver. In diversi articoli in letteratura si nota come ancora oggi il sesso delle persone che assiste il familiare è spesso femminile con una età media di circa 60 anni.

Altri studi dimostrano che i caregiver/familiari sono a rischio di depressione, ansia e problemi di salute, ed hanno evidenziato che i caregiver che sono coniugi dei pazienti di cui si prendono cura presentano una qualità della vita inferiore.

In uno studio addirittura l'88% circa delle persone che assiste una persona malata ha sviluppato un alto rischio di depressione con punteggi ZBI in fascia con sovraccarico severo.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Il progetto prevederà l'introduzione dello strumento nel setting dell'hospice e verranno identificati gli interventi da mettere in atto che abbiano una ricaduta pratica sul servizio al fine di migliorare l'assistenza erogata: identificazione di interventi di equipe se si rileva uno stress elevato nel caregiver, apertura del problema relativo al supporto del caregiver nel PAI, confronto continuo con la rilevazione IPOS, attivazione precoce del supporto psicologico, attivazione precoce del supporto spirituale, maggiore progettualità nella scelta del setting di dimissione.

CONCLUSIONI: I caregiver informali possono diventare essi stessi pazienti, poiché la loro morbidità psicologica è sostanzialmente più elevata rispetto alla popolazione generale. Esiste una stretta relazione tra il peso percepito dal paziente e quello del caregiver, che spesso porta a un peso maggiore per il caregiver nelle fasi successive alla diagnosi di malattia del paziente e corrisponde ad un aumento della necessità di supporto fisico ed emotivo.

Per questo studio di ricerca l'implementazione dello ZBI nel setting Hospice ottiene la resa di alcuni dati epidemiologici sulle caratteristiche del caregiver in hospice, pur mantenendo come obiettivo principale la valutazione effettiva del sollievo del caregiver nel periodo di ricovero del suo familiare, attraverso la misurazione dell'andamento dello stress percepito dal momento del colloquio pre-ingresso (qualche giorno prima dell'ingresso in hospice) alla dimissione.

BIBLIOGRAFIA:

- Cengiz Z, Turan M, Olmaz D, Erce Ç. Care Burden and Quality of Life in Family Caregivers of Palliative Care Patients. *J Soc Work End Life Palliat Care*. 2021 Jan-Mar;17(1):50-63. doi: 10.1080/15524256.2021.1888844. Epub 2021 Mar 10. PMID: 33691608.
- Gratão ACM, Brigola AG, Ottaviani AC, Luchesi BM, Souza ÉN, Rossetti ES, de Oliveira NA, Terassi M, Pavarini SCI. Brief version of Zarit Burden Interview (ZBI) for burden assessment in older caregivers. *Dement Neuropsychol*. 2019 Jan-Mar;13(1):122-129. doi: 10.1590/1980-57642018dn13-010015. PMID: 31073389; PMCID: PMC6497029.
- Chattat R, Cortesi V, Izzicupo F, Del Re ML, Sgarbi C, Fabbo A, Bergonzini E. The Italian version of the Zarit Burden interview: a validation study. *Int Psychogeriatr*. 2011 Jun;23(5):797-805. doi: 10.1017/S1041610210002218. Epub 2010 Dec 16. PMID: 21205379.
- Seng BK, Luo N, Ng WY, Lim J, Chionh HL, Goh J, Yap P. Validity and reliability of the Zarit Burden Interview in assessing caregiving burden. *Ann Acad Med Singap*. 2010 Oct;39(10):758-63. PMID: 21063635.
- Veronese S. La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2020;22(3):147-158. doi 10.1726/3439.34277

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

CONSAPEVOLEZZA DI PROGNOSI IN PAZIENTI ONCOLOGICI IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI: IMPATTO SULL'UTILIZZO DELLE RISORSE SANITARIE

Silvia Cicala¹, Silvia Izzo¹, Santa Cogliandolo¹, Alessandra Genualdo¹, Stefano Quici¹, Manuel Soldato¹

¹Gemelli Medical Center, Roma, Italia

SCOPO: La consapevolezza di prognosi (CP) è un elemento centrale delle cure palliative, poiché consente al paziente di orientarsi verso scelte di cura più consapevoli e coerenti con i propri valori, facilitando una migliore qualità di vita, evitando trattamenti aggressivi con benefici limitati. Tuttavia, solo circa la metà dei pazienti oncologici in fase avanzata comprende pienamente la propria prognosi (Chen, 2017). Una bassa consapevolezza, quindi, potrebbe determinare un disallineamento tra i bisogni reali e le cure erogate, contribuendo ad accessi in pronto soccorso e ricoveri potenzialmente evitabili.

In quest'ottica, è fondamentale comprendere quali fattori influenzino la CP e quale sia la sua associazione con l'utilizzo delle risorse sanitarie nei percorsi di cura domiciliari.

Obiettivi dello studio:

- 1) Indagare il livello di CP nei pazienti oncologici all'inizio dell'assistenza da parte di un servizio domiciliare di cure palliative
- 2) valutare l'associazione tra CP e utilizzo delle risorse sanitarie (accessi in pronto soccorso o ricoveri ospedalieri) entro 60 giorni dall'inizio dell'assistenza.

METODO: Lo studio, di tipo retrospettivo osservazionale, ha incluso tutti i pazienti oncologici adulti ammessi ad un programma domiciliare di cure palliative tra settembre 2023 e agosto 2024. L'inclusione richiedeva la disponibilità di una valutazione formale del livello di CP da parte del medico inviante il paziente alle cure palliative (palliativista, oncologo, radioterapista, ematologo o ginecologo oncologo). Sono stati esclusi i pazienti con compromissione cognitiva grave o riammessi dopo una precedente dimissione dalle cure palliative.

RISULTATI: Su 177 pazienti inclusi, il 36,2% risultava pienamente consapevole della propria prognosi, mentre il 63,8% non lo era o lo era solo parzialmente. Complessivamente, il 15,3% dei pazienti ha avuto un accesso al pronto soccorso o è stato ricoverato durante i primi 60 giorni di assistenza.

La piena CP è risultata significativamente associata a età più giovane (mediana 72 vs. 78 anni, $p = 0.02$), migliore stato funzionale (Karnofsky Performance Score - KPS; mediana 40, IQR: 40-50 vs 30-40, $p < 0.001$) e maggiore consapevolezza da parte del caregiver (98,4% vs. 86,8%, $p = 0.005$). Tuttavia, la concordanza tra CP del paziente e del caregiver, misurata tramite il coefficiente di Cohen, era molto bassa (0,091, $p = 0.001$), indicando un gap comunicativo rilevante.

In termini di utilizzo delle risorse sanitarie, il 12,5% dei pazienti pienamente consapevoli ha avuto un accesso urgente o un ricovero, rispetto al 16,8% di quelli non o solo parzialmente consapevoli. Il rischio relativo grezzo (RR) era 0.74 (IC 95%: 0.35-1.60), mentre l'RR aggiustato per età, KPS, presenza di cure palliative simultanee e consapevolezza del caregiver era 0.69 (IC 95%: 0.31-1.53; $p = 0.36$). Analogamente, l'odds ratio (OR) aggiustato era 0.69 (IC 95%: 0.27-1.74; $p = 0.43$). Sebbene non statisticamente significativi, questi risultati suggeriscono una tendenza verso una minore utilizzazione delle risorse nei pazienti con maggiore consapevolezza.

I risultati dello studio evidenziano che meno della metà dei pazienti accede al programma domiciliare con piena consapevolezza della propria prognosi. Questo dato appare in contrasto con alcune esperienze internazionali più recenti, che indicano tassi più elevati di CP grazie a modelli di comunicazione precoce e strutturata.

L'assenza di un'associazione statisticamente significativa tra CP e uso delle risorse potrebbe riflettere la complessità del percorso decisionale nei pazienti in fase terminale, dove fattori clinici (es. sintomi acuti, complicanze oncologiche), relazionali (es. distress del caregiver) e organizzativi (es. accessibilità ai servizi) possono esercitare un peso rilevante. La bassa concordanza tra consapevolezza del paziente e del caregiver solleva interrogativi etici importanti sul modello comunicativo prevalente, che sembra privilegiare il caregiver come destinatario delle informazioni prognostiche.

Nel nostro campione, i pazienti più giovani e con migliori condizioni funzionali mostravano una maggiore CP, suggerendo che le capacità cognitive e fisiche giocano un ruolo nella comprensione delle informazioni



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ricevute. Questa osservazione sottolinea l'importanza di attivare la comunicazione prognostica in una fase precoce, prima che il declino clinico limiti la capacità di partecipare consapevolmente alle decisioni di cura.

CONCLUSIONI: La CP nei pazienti oncologici in cure palliative domiciliari rimane limitata. Sebbene non sia risultata associata in modo statisticamente significativo all'utilizzo di risorse sanitarie, la CP si correla a caratteristiche favorevoli come migliore stato funzionale e coinvolgimento del caregiver, suggerendo un potenziale ruolo nella promozione di percorsi assistenziali più appropriati e personalizzati. Il basso livello di concordanza paziente-caregiver richiama alla necessità di strategie comunicative più inclusive e centrate sul paziente. Investire su una comunicazione precoce, sistematica e culturalmente competente potrebbe contribuire a migliorare l'allineamento tra preferenze del paziente, obiettivi di cura e modalità di utilizzo delle risorse disponibili.

BIBLIOGRAFIA: Chen, H., Kuo, S.C., & Tang, S.T. (2017). Current status of accurate prognostic awareness in advanced/terminally ill cancer patients: Systematic review and meta-regression analysis. *Palliative Medicine*, 31(5): 406-418.

Ng S, Ozdemir S (2023). The associations between prognostic awareness and health-related quality of life among patients with advanced cancer: A systematic review. *Palliative Medicine*, 37(6): 808-823.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INFORMAZIONE DIGITALE: MANUALE PER IL CAREGIVER DEL PAZIENTE ASSISTITO A DOMICILIO

Savizza Calvanese¹, Anna Tonari¹, Benedetta Franchi¹, Carmelo Collemi¹

¹ASST Lodi, Lodi, Italia

SCOPO: L'equipe delle Cure Palliative Domiciliari ha rilevato frequentemente la necessità di supporto nelle attività legate alla cura dei pazienti seguiti a domicilio da parte dei caregiver.

Nello specifico le attività connesse alla somministrazione di farmaci e a tutte le attività di cura quotidiana della persona malata.

A tal proposito è sembrato utile creare uno strumento di supporto all'educazione sanitaria fornita dagli operatori, che vada oltre alle classiche modalità di informazione, utilizzando anche il canale digitale, in modo da avere sempre a portata di mano la dimostrazione pratica delle indicazioni ricevute.



METODO: Un gruppo di lavoro, composto da medici e infermieri che forniscono l'assistenza domiciliare, si è ritrovato per l'elaborazione dello strumento.

Sono state sintetizzate le informazioni che vengono fornite ai caregiver all'atto della presa in carico, individuando le principali difficoltà riscontrate. Per ognuna di esse è stato elaborato un testo esplicativo illustrato e, per le attività pratiche (es. le vie di somministrazione dei farmaci, l'igiene personale e l'ossigenoterapia) sono stati realizzati dei video di esempio, visualizzabili tramite un QR Code.

Il tutto è stato raccolto in un opuscolo, da consegnare ai caregiver all'atto della presa in carico successivamente ad un'attenta spiegazione dei passaggi descritti all'interno.

Nell'opuscolo sono inoltre contenute tutte le informazioni necessarie per contattare il servizio in caso di necessità.

RISULTATI: L'opuscolo cartaceo è stato stampato come 'Manuale per il caregiver'.

L'equipe ha elaborato un questionario per valutare l'efficacia, il gradimento e la percezione di utilità da parte dei caregiver, che verrà somministrato a distanza di due settimane dalla presa in carico.

Un dato curioso emerso è che il video abbinato al QR Code relativo a 'come praticare un'iniezione sottocutanea' è stato visualizzato 79844 volte in 10 mesi su youtube, il video 'come cambiare il presidio assorbente a letto' è stato visualizzato 5490 volte, il video 'come somministrare ossigeno al paziente' 334

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

volte e il video 'come praticare un'iniezione in intima sottocutè è stato visualizzato 2910 volte. Da qui emerge che i video hanno destato l'interesse non solo dei caregiver dei nostri pazienti.

CONCLUSIONI: Il Manuale per il caregiver viene regolarmente distribuito a tutti i caregiver dei pazienti seguiti dalle Cure Palliative Domiciliari. Il questionario di gradimento e valutazione dell'efficacia è stato recentemente realizzato, pertanto la valutazione dei risultati è in corso.

BIBLIOGRAFIA:

- PIEROBON, G. La gestione della terapia del dolore nelle cure palliative a domicilio: il ruolo educativo degli infermieri nei confronti dei caregivers.
- Gujarro-Requena, M. D., Marín-Campaña, M. N., Pulido-Lozano, M. I., Romero-Carmona, R. M., & Luque-Romero, L. G. (2022). Improvement of quality of life for informal caregivers of dependent persons through educational workshops. *Enfermería Global*, 21(1), 59-73.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DAL NOME COMUNE AL NOME PROPRIO: LA CURA DI PERSONE CON PATOLOGIE NEURODEGENERATIVE IN UNA RESIDENZA SOCIO-SANITARIA

Silla Dall'Olio¹

¹SOLCO, Mantova, Italia

SCOPO: Descrizione dello stile di cura delle persone con patologie neurodegenerative che vivono, nello stadio finale della loro malattia, in una Residenza Sanitaria Assistenziale per Persone con Disabilità (RSD). La scelta coraggiosa di un'Organizzazione, che forzando la normativa di origine riferita a questa tipologia di servizio, integra nelle scelte quotidiane la dimensione clinico-assistenziale, con quella socio-educativa e comunitaria.

Un lavoro multidisciplinare e integrato nella rete territoriale, il cui focus è porre la persona sempre dentro a una prospettiva di possibilità di scelta, di aggancio ai desideri, nonostante la complessità della patologia, le fatiche e i dolori ad essa collegati: la RSD è il contesto di vita della persona che non inizia e non si conclude con l'ingresso in Residenza, che rimane luogo di relazione con la famiglia e con la comunità.

Lo scopo è, dunque, evidenziare gli elementi che caratterizzano realmente i progetti di residenzialità/quotidianità per le persone con queste patologie, pensati e costruiti con la costante attenzione al Progetto di Vita "fino all'ultimo sguardo" (nel solco della recente normativa D.lgs. 62/2024), in un contesto di umanizzazione delle cure o meglio di cura dell'umano in tutta la sua unicità. Attualmente risiedono presso la Residenza 26 persone di cui: 10 donne in età 46 - 66 anni; 16 uomini in età 40 - 65 anni.

METODO: Le persone con patologie neurodegenerative e le loro famiglie, esprimono bisogni complessi e diversificati che investono la salute, le autonomie, la dimensione psicologica, sociale.

La RSD si prende cura di tale complessità mediante un'équipe multidisciplinare composta da:

Direttore Responsabile di Struttura; Direttore Sanitario; Coordinatore; Neurologo; Logopedista; Musicoterapista; Fisioterapista; Esperto in Stimolazione Basale; Psicologo; Pedagogista; Educatori Professionali; Infermieri Professionali; Operatori Sociosanitari.

Il lavoro è supportato da incontri stabili di équipe, formativi e di supervisione, che integrano le questioni di tipo tecnico/professionale con quelle sul senso del prendersi cura. Gli snodi sono:

- accompagnare la persona e la sua famiglia, in relazione alle complessità della sua storia, allestendo un quotidiano fatto di ascolti e gesti che giorno dopo giorno aiutano a vivere la vita.
- stare a fianco, con non per, in una dimensione relazionale che restituisce reciprocità di riconoscimento e di ruolo (al curato, alla sua famiglia e al curante).

Viene superato l'approccio prettamente assistenzialistico che non ci fa vedere la dimensione di relazionalità, che si sostituisce, che elude la soggettività, escludendo l'altro come parte attiva della cura (per come è, per come può), o l'approccio prettamente sanitario, dove il corpo è "fatto a pezzi" e faticosamente ricomposto. La persona e l'operatore sono parti che interagiscono, che stanno in relazione quotidianamente, con-tatto e la giusta distanza per divenire valore l'uno per l'altro.

Biografia, interessi, passioni, tratti caratteristici della personalità e aspettative della persona sono la base su cui poggia il progetto di residenzialità, nel suo dipanarsi nella vita quotidiana.

Da qui, le direttrici del lavoro di cura che determinano lo stile della vita nella Residenza:

- La vita quotidiana

Prevede l'allestimento di un ambiente attento alle esigenze personali connesse alle caratteristiche della patologia (anche mediante l'utilizzo di ausili specifici) ma inserite dentro ad un più ampio sguardo educativo e sociale. Le attività, proposte in un'ottica dialogica e rispettosa delle scelte della persona, sono realizzate in modalità individuale e/o grupale. Si configurano in: racconto di sé, attività creative, ricreative (interne e/o esterne alla Residenza), ma anche in tempi per sé in cui vivere la relazione con i familiari e/o amici, coltivare interessi personali (scrittura, musica, ecc.). Fondamentale è l'ascolto del Corpo, mediante la stimolazione basale e delle parole che la voce non può dire.

- Il lavoro sinergico con la famiglia

La dimensione partecipativa della famiglia è altamente significativa, in quanto portatrice di competenze e saperi, indispensabili per una concreta sinergia nel processo di cura.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliative

Con le famiglie vengono predisposti tempi dedicati alla definizione e valutazione del progetto individuale ma anche all'accoglienza e ascolto dei loro bisogni, vissuti emotivi, aspettative, a volte anche non connesse con le volontà del loro caro.

- La RSD nella rete dei servizi socio-sanitari territoriali opera in stretta connessione con i servizi interessati e, in particolare:
 - è partecipante alla Società Italiana Cure Palliative;
 - è in collaborazione con il Dipartimento di Cure Palliative del territorio: lavoro congiunto per sostenere anche farmacologicamente i momenti critici e accompagnare il morente;
 - è soggetto firmatario del Tavolo Permanente Città del Solievo (rete di soggetti pubblici e del terzo settore).
- La dimensione comunitaria
- Curare la tessitura e l'attivazione di legami comunitari (volontari e associazioni del territorio) per favorire la vita quotidiana in uno scambio continuo del dentro con il fuori la Residenza.

RISULTATI: Risultati

Persona

Il riconoscimento dell'unicità della propria storia di vita e la dignità di affrontarla secondo i propri desideri, anche nei suoi momenti più critici.

Famiglia

Il lavoro sinergico favorisce una costruttiva alleanza e senso di appartenenza al contesto, una mediazione relazionale in un momento faticoso nel suo ciclo esistenziale.

Figure professionali

Il lavoro multidisciplinare favorisce l'integrazione delle competenze e uno sguardo professionale che sta in relazione, che connette le esperienze e i saperi.

Sistemi di rete dei servizi

L'interazione dell'équipe con la rete territoriale, connette competenze professionali e sguardi differenti nell'ottica della co-progettazione ma anche di giungere a un comune stile di cura.

Comunità

L'apertura al territorio favorisce la maturazione di un contesto comunitario capace di valorizzare le scelte delle persone e delle loro famiglie in una dimensione di accoglienza ad alto valore professionale con una reale cultura inclusiva.

CONCLUSIONI: Conclusioni

La cura che incontra l'unicità della persona e della sua famiglia, nel riconoscimento delle dinamiche del Progetto di Vita e ne determina la qualità dell'abitare quotidiano; dell'Essere protagonisti non solo del proprio cammino ma promuovendo una visione di comunità "che si fa prossima". Costruendo una cultura di corresponsabilità, favorendo un concreto processo di co-evoluzione delle persone, delle professioni, del sistema dei servizi e, più ampiamente, del contesto comunitario.

BIBLIOGRAFIA: Colombo, Coeover, Bianchi, Il lavoro di cura. Come si impara, come si insegna. Carocci editore, 2004

Salis, L'agire pedagogico. La presa in carico globale della persona con disabilità, ed. Dapero 2022



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE SIMULTANEE NELLA SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA: UN MODELLO INTEGRATO PER LA QUALITÀ DELLA VITA

Francesco Tola¹, Giulia Tassini¹, Sabrina Pientini¹

¹AULSToscanaCentro - UFSCurePalliative Prato e Pistoia, Prato, Italia

SCOPO: Il progetto mira a implementare un modello di cure palliative simultanee per pazienti affetti da SLA, con l'obiettivo di migliorare la qualità della vita del paziente e della famiglia attraverso l'integrazione precoce dell'equipe di Cure Palliative nel percorso di cura (fin dalla diagnosi), l'accompagnamento personalizzato, continuo e multidimensionale durante tutte le fasi della malattia, la gestione precoce dei sintomi ed una particolare attenzione nel supporto alle decisioni cliniche ed all'elaborazione di una pianificazione condivisa delle cure.

METODO: Il progetto prevede:

- Identificazione precoce dei pazienti attraverso la collaborazione con i centri SLA e il neurologo di riferimento.
- Valutazione multidimensionale iniziale (fisica, psicologica, sociale e spirituale).
- Visite congiunte neurologo-palliativista
- Elaborazione precoce di un Piano Individuale di Cura (PIC) personalizzato ed una chiara e condivisa Pianificazione condivisa delle Cure (PCC), ponendo particolare attenzione alla completa e chiara informazione (sia al paziente che alla famiglia) sulla probabile evoluzione della malattia, le possibili complicanze, le principali opzioni terapeutiche (tracheostomia, PEG) ed il loro reale impatto sulla qualità di vita
- Discussione interdisciplinare dei casi attraverso incontri di valutazione costituiti da anestesista, neurologo, pneumologo, medico palliativista, medico di medicina generale, psicologo, assistente sociale, fisiatra, fisioterapista, logopedista, otorinolaringoiatra e infermiere territoriale.
- Coinvolgimento del terzo settore e delle associazioni dedicate alla SLA.
- Sostegno ai caregiver con percorsi di counselling e formazione.
- Formazione continua degli operatori sanitari e volontari.

RISULTATI: I risultati attesi comprendono:

- Attivazione precoce delle cure palliative simultanee fin dalla diagnosi di SLA.
- Maggiore continuità assistenziale e coerenza tra bisogni clinici, psicologici e sociali.
- Aumento della soddisfazione di pazienti e familiari dovuto al supporto continuativo e personalizzato da parte di un team multiprofessionale
- Migliore gestione dei sintomi fisici e psicologici, con una riduzione della necessità di ricoveri ospedalieri evitabili grazie ad interventi anticipati e domiciliari.
- Attivazione di percorsi di counselling e formazione finalizzati ad una precoce pianificazione condivisa delle cure, che aiutino il paziente e la famiglia a prendere decisioni informate nel rispetto dei propri valori
- Maggiore adesione alle preferenze del paziente rispetto al luogo di cura al percorso di fine vita
- il consolidamento di una rete integrata tra servizi sanitari, sociali e realtà del terzo settore

CONCLUSIONI: L'introduzione delle Cure Palliative simultanee e precoci nella SLA, supportata da un'equipe interdisciplinare, si configura come un approccio efficace e sostenibile, in grado di effettuare una presa in carico precoce, integrata e proattiva, favorendo un reale percorso di consapevolezza e migliorando l'esperienza di cura ed il benessere globale del paziente e della sua famiglia.

L'integrazione strutturata fra le diverse figure professionali ha lo scopo di rafforzare la rete di sostegno e promuovere una presa in carico realmente condivisa fin dalla diagnosi.

BIBLIOGRAFIA:

1. Radbruch L, De Lima L, et al. Redefining palliative care—a new consensus-based definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020.
2. Oliver D, Borasio GD, Caraceni A, et al. A consensus review on the development of palliative care for patients with chronic and progressive neurological disease. *Eur J Neurol*.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



2016g

3. NICE. Motor neurone disease: assessment and management. 2016.

4. EAPC. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe. 2009.

5. Gabbay E, Fraser J, et al. Integrating palliative care into the treatment of patients with advanced progressive disease. *BMJ Support Palliat Care*. 2017.

6. Ng L, Brown J, MacLeod R, et al. Palliative care at any stage of amyotrophic lateral sclerosis: a prospective study of patient and caregiver experiences. *J Palliat Med*. 2023. doi:10.1089/jpm.2023.0213.

7. Oliver D, Borasio GD, Veronese S, et al. Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis: A Review of Current Practices and Challenges. *J Neurol Sci*. 2023;445:120550. doi:10.1016/j.jns.2022.120550.

8. Lord VM, Newey C, O'Brien MR. Advance care planning in amyotrophic lateral sclerosis: A longitudinal qualitative study of patients' and caregivers' experiences. *Palliat Med*. 2022;36(5):862-871. doi:10.1177/02692163221077623.

9. Rabow MW, Hauser JM, Adams J. Supporting family caregivers at the end of life: They don't know what they don't know. *JAMA*. 2021;325(13):1293-1294. doi:10.1001/jama.2021.1820.

10. Houben CHM, Spruit MA, Groenen MTJ, et al. Efficacy of advance care planning: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc*. 2014;15(7):477-489. doi:10.1016/j.jamda.2014.01.008.

11. Anderson WG, Kools S, Lyndon A. Palliative care in the emergency department: The nurse's role in coordinating care for patients with chronic illness. *J Hosp Palliat Nurs*. 2020;22(1):25-32. doi:10.1097/NJH.0000000000000611.

12. ALS Association. Advance Directives and End-of-Life Planning. Available at: <https://www.als.org/navigating-als/end-of-life-plans/advance-directives>. Accessed April 2025.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SNOEZELEN 'FAI DA TE': APPROCCIO MULTISENSORIALE NELLA GESTIONE DOMICILIARE DELL'AGITAZIONE PSICOMOTORIA NEI PAZIENTI AFFETTI DA DEMENZA 'END STAGE'

Silvia Rosa¹, Elena Benfenati¹, Lucia Amadori², Alice Morigi¹, Barbara Boin¹, Michela Forgione¹, Raffaella Danielli¹, Danila Valenti¹

¹ UOC Rete delle Cure Palliative - Azienda USL di Bologna, Bologna, Italia, ² U.O.C. Cure Intermedie AUSL Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Nei pazienti con disturbi cognitivi l'agitazione psicomotoria, configurabile soprattutto nell'ambito del più complesso delirium, risulta essere sintomo estremamente penoso per il paziente ma anche gravoso per il caregiver soprattutto nella fase di accompagnamento alla fine vita (1,2)

La letteratura ha mostrato che vi sono possibilità di intervento che integrano, e a volte riescono a ridurre, la somministrazione di farmaci.

Oltre all'approccio farmacologico l'agitazione psicomotoria, molto disturbante per il paziente ma anche angosciante per caregiver, è stata studiata la possibilità della gestione ambientale (approccio Snoezelen) di questa condizione. Tale approccio nasce in Olanda come tecnica concepita per persone con disabilità intellettiva, sulla base di ricerche che indicavano reazioni positive quando i soggetti venivano inseriti in un ambiente di stimolazione plurisensoriale. È stata così ideata la stanza di stimolazione multisensoriale (Snoezelen Room) allestita in modo da creare un ambiente calmante coinvolgendo in profondità i sensi (vista, udito, olfatto, tatto, gusto, propiocezione e vestibolare). La Snoezelen Room è un modello ampiamente esportato e utilizzato in Italia in ambito geriatrico nei setting residenziale e ospedaliero (CRA, RSA, Nucleo Alzheimer, reparti ospedalieri di geriatria).

Ad oggi, tuttavia, nella pratica clinica questo approccio viene posto in secondo piano rispetto alla prescrizione farmacologica (3).

L'obiettivo del nostro lavoro, che è al suo inizio, è quello di fornire al care-giver, nell'ambito del setting domiciliare, sia l'educazione che gli strumenti che lo supportino nella gestione globale della condizione del malato di demenza soprattutto in fase terminale e nel ridurre il proprio stress e senso di impotenza nel percorso di accompagnamento.

METODO: La équipe territoriale di cure palliative è arrivata a disegnare il progetto "SNOEZELEN" attraverso le seguenti tappe:

- ricerca in letteratura
- confronto con altre realtà regionali con esperienza sull'utilizzo di approccio snoezelen
- integrazione fra Rete Cure Palliative e Geriatria territoriale
- studio di riproducibilità di strumenti con oggetti comuni
- creazione di brochure per la gestione di tale approccio associato a diario domiciliare di monitoraggio sintomo tramite scala RASS
- educazione al care-giver sull'applicazione pratica

Abbiamo creato una rete di confronto multidisciplinare, composta da operatori della rete di cure palliative e geriatri territoriali, che si è confrontata con la letteratura e le realtà residenziali che già utilizzavano il metodo "Snoezelen".

Abbiamo quindi deciso di riprodurre questo approccio alternativo nel setting domiciliare individuando i materiali che potessero essere facilmente reperibili nell'ambito delle abitazioni e che tramite stimolazione sensoriale potessero sortire sul paziente un effetto rassicurante. Abbiamo identificato oggetti facilmente reperibili, di basso costo, conformi a standard di sicurezza, personalizzati in base al vissuto del paziente. La modalità di utilizzo è stata riassunta in una brochure, strumento che sarà illustrato e consegnato alla famiglia durante la visita.

Sono state individuate e descritte nella brochure strategie di approccio all'agitazione psicomotoria che utilizzano la sollecitazione dei 5 sensi quali:

- gusto: miele, stick per le labbra, garze imbevute con liquidi con bevanda aromatizzata, ghiaccioli, cibo preferito
- udito: playlist di suoni rilassanti riproducibili tramite QRcode, musica preferita, strategie per ridurre il rumore nella stanza.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



-vista: utilizzo di luce soffusa (lampada coperta con un foulard, utilizzo di candele), lampade per cromoterapia, fotografie, oggetti significativi.

-tatto: ricerca di oggetti morbidi (bambole di pezza, peluche,...), semplici tecniche di massaggio, oggetti su cui indirizzare la manipolazione (plastica da imballaggio con bolle, palle antistress) per gestire l'affaccendamento evitando la rimozione dei devices.

-olfatto: profumo preferito, essenze, aromaterapia

Abbiamo inoltre integrato la brochure con suggerimenti al care-giver sul come, per esempio, gestire il tempo del malato e della comunicazione con lo stesso (adeguamento degli orari di medicazione, somministrazione di terapia, manovre assistenziali, porsi sempre di fronte alla persona quando le si parla utilizzando un tono di voce rassicurante, utilizzare frasi semplici, evitare di correggere e contraddire, rievocare ricordi piacevoli)

Durante la visita, per ogni paziente, verrà individuato un piano di indicazioni personalizzate a integrazione delle prescrizioni farmacologiche. Verrà inoltre consegnato alla famiglia/caregiver un diario dove riportare i sintomi, che permetterà di verificare efficacia e necessità di modifiche lungo l'iter di cura.

RISULTATI: Incorso la raccolta dati (prevista presentazione a novembre). Le famiglie candidate a partecipare allo studio vengono selezionate dai servizi territoriali di Geriatria e Cure Palliative. Un Database condiviso in Excel permette la raccolta dati in modo standardizzato (numero pazienti arruolati, frequenza e intensità dell'agitazione psicomotoria, modalità approccio snoezelen utilizzato, modifica dell'intensità del sintomo - RASS-, necessità di utilizzo di terapia farmacologica).

CONCLUSIONI: Ad oggi l'approccio farmacologico allo stato di agitazione nei pazienti affetti da demenza è standardizzato ma spesso inefficace, soprattutto negli stadi avanzati di malattia. Avere uno strumento che migliori significativamente tale approccio potrebbe rivelarsi un valido aiuto per l'equipe curante ma anche per il care-giver. Inoltre potrebbe evidenziare, sottolineandoli, il valore e l'importanza della presa in carico multidimensionale caratteristico delle cure palliative.

Per il mese di novembre contiamo di presentare una prima raccolta di dati relativi all'utilizzo del metodo "snoezelen" nei pazienti affetti da demenza complicata da stati di agitazione psicomotoria

BIBLIOGRAFIA:

1. SCHIEMANNA, HADZIDIAKOS D, SPIESC. Managing ICU delirium. Curr Opin Crit Care 2011; 17: 131-40.
2. PERINIC, GALVAGNINI M. Il delirium in terapia intensiva: aspetti clinici ed assistenziali. Analisi di un caso. Scenario 2006; 23(1): 9-14.
3. TABET N, HOWARD R. Non-pharmacological interventions in the prevention of delirium. Age Ageing 2009; 38: 374-9.
4. CHUNG J C. Snoezelen for dementia. Cochrane database Syst Rev 2002



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SCUOLA, SANITÀ E FAMIGLIA: UN PATTO DI CURA PER LA QUALITÀ DI VITA DEI PAZIENTI IN CARICO ALLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Giulia Cervi¹, Anna Irene D'Alò¹, Antonella Fanelli¹, Elisa Mazzoni¹, Silvia Soffritti¹

¹AUSL Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: La scolarizzazione in età pediatrica è ostacolata o interrotta dalla presenza/insorgenza di una Condizione Cronica Complessa (CCC). In letteratura, non sono presenti dati circa l'impatto di interventi formativi al personale impegnato nel progetto educativo-scolastico in questa popolazione. L'obiettivo è quello di valutare l'andamento della percentuale dei bambini con CCC in carico alle Cure Palliative Pediatriche (CPP) territoriali locali con un'età maggiore e/o uguale a 3 anni e con progetto scolastico attivo in seguito all'introduzione di un intervento formativo specifico. Tale intervento è mirato a garantire maggior sicurezza al bambino, alle famiglie e a tutto il personale coinvolto nel progetto educativo all'interno del contesto di cura.

Inoltre, a fronte dell'implementazione organizzativa avvenuta tra il 2023 e 2024 a favore dell'attività formativa nelle scuole, si vuole valutare la percentuale di aumento del personale scolastico formato.

METODO: Il personale infermieristico di CPP del territorio ha effettuato, a partire dal 2018, un intervento di formazione sanitaria per permettere agli operatori scolastici (educatori, docenti, collaboratori scolastici, pedagogisti e dirigenti scolastici) di accogliere i bambini con CCC, portatori di device e/o loro utilizzatori nelle scuole. La formazione ha previsto una fase teorica, con lezioni frontali rivolte alle figure definite dai referenti pedagogici/disabilità, e una pratica, direttamente in classe con la presenza del bambino e dei caregiver. Tutto il personale scolastico interessato ha potuto partecipare liberamente alle lezioni teoriche. Dal 2023, le lezioni teoriche sono state svolte in maniera collegiale con gruppi di insegnanti provenienti da diversi Istituti Scolastici (IS). Questo è stato fatto per poter favorire il confronto tra i professionisti scolastici, andando a diminuire eventuali preoccupazioni e/o dubbi di operatori che non avevano esperienza con pazienti con CCC. La parte pratica, finalizzata all'apprendere come gestire la cura dei bambini in carico alle CPP, è stata garantita a 4 figure individuate da ogni singolo IS e si è svolta all'interno degli spazi scolastici alla presenza del genitore, nel rispetto delle tempistiche del bambino e di quelle definite dal Piano Educativo Personalizzato (PEI).

Tutti gli operatori scolastici hanno ricevuto una formazione teorica uguale, indipendentemente dai bisogni del bambino, atta a garantire un'uniformità di conoscenze.

Durante gli incontri dedicati alla parte pratica, la lezione è stata personalizzata in risposta ai bisogni di ciascun bambino e, al termine di quest'ultima, è stata consegnata l'attestazione all'assistenza del bambino.

RISULTATI: Il numero di bambini di età maggiore e/o uguale a 3 anni con CCC e progetto scolastico attivo è progressivamente incrementato, a seguito dell'intervento formativo intrapreso, da 34 (su un totale di 54 bambini) nel 2018 a 85 (su 94) nel 2024.

Nel corso dell'anno 2023, l'equipe infermieristica ha formato un totale di 64 operatori impegnati all'interno delle scuole, frequentate dai pazienti con CCC, ed distribuite su tutti i distretti dell'Azienda Sanitaria Locale. Nel 2024, tenendo fede alle tappe del progetto legato alla formazione del personale scolastico, sono stati formati un totale di 91 operatori, provenienti da tutti gli IS del capoluogo e della provincia.

CONCLUSIONI: L'implementazione di un programma formativo del personale scolastico ha permesso di incrementare, dal 2018 al 2024, la percentuale di bambini con progetto scolastico attivo dal 60% al 90%. Grazie alla collaborazione dell'equipe sanitaria e degli istituti scolastici, si è rafforzato il patto di corresponsabilità tra scuola e famiglia, favorendo l'integrazione scolastica di bambini affetti da CCC in carico alle Cure Palliative Pediatriche.

La modifica della struttura del progetto formativo rivolto agli insegnanti, ha rilevato inoltre un aumento pari al 42% di personale scolastico formato nel 2024, rispetto a quello formato nel 2023.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



VALUTAZIONE DELL'EFFICACIA DELL'APPROCCIO SNOEZELLEN IN HOSPICE

Lorena Stefania Bassani¹, Claudia Peroballi¹, Anna Maria Monsoni¹, Mirella Ziliani¹, Angela Maria Pellegrino¹, Aurica Aga¹, Cristina Orlandi¹, Stefania Ardemagni¹, Tammaro Cirillo¹, Luigia Angela Frascchini¹, Benedetta Franchi¹, Carmelo Collemi¹, Pasquale Di Biase¹, Silvia Coldesina¹

¹Asst Lodi, Lodi, Italia

SCOPO: Presso l'Hospice è stato strutturato una stanza con bagno multisensoriale Snoezelen.

Il metodo Snoezelen è una terapia multisensoriale che stimola i sensi in un ambiente artificiale ed è un approccio che aiuta a promuovere il benessere psicologico e cognitivo del paziente.

L'approccio prevede la costruzione di una relazione sensibile tra il paziente, l'accompagnatore specificatamente formato ed eventualmente un familiare, all'interno di un ambiente controllato, in cui sono offerte una moltitudine di possibilità di stimolazione sensoriale (effetti visivi, uditivi, tattili, olfattivi, propriocettivi, vestibolari e gustativi).

L'obiettivo è la promozione del benessere del paziente, unitamente alla possibilità di concedere allo stesso di sperimentare sensazioni sensoriali irrealizzabili in altro modo in regime di ricovero ospedaliero.

Dal desiderio dell'equipe di conoscere l'efficacia effettiva in termini di benessere percepito da parte dei pazienti che hanno usufruito dell'esperienza multisensoriale è nata una griglia di valutazione.

METODO: La griglia creata ad hoc in Excel (seguendo il modello della griglia di valutazione dell'efficacia dell'intervento proposta dall'associazione Mondo Snoezelen che si è occupata della formazione degli operatori dell'Hospice) prevede l'inserimento di:

- dati anamnestici (nome, cognome, età, sesso, data inizio ricovero)
- dati generali dell'esperienza (durata, data, quando è stata realizzata, presenza o meno dell'operatore, quale operatore, presenza o meno del familiare)
- comportamenti riscontrati (comportamenti generali, reazioni uditive, reazioni tattili, reazioni visive, reazioni olfattive/gustative)
- note varie

La griglia viene compilata dall'operatore che accompagna il paziente nella stanza multisensoriale.

RISULTATI: La compilazione sistematica della griglia di valutazione è iniziata nel 2025. Ad oggi sono stati inseriti 14 pazienti, pertanto la valutazione dei risultati è ancora in corso.

Al momento è possibile osservare un aumento della rilassatezza in tutti i pazienti, un riscontro di apprezzamento per la possibilità di ascolto musicale e la totale assenza di emozioni negative durante l'esperienza.

Due pazienti hanno verbalizzato che l'esperienza multisensoriale ha fatto loro rivivere ricordi del passato, generando quindi una sensazione di piacevolezza.

CONCLUSIONI: Allo stato attuale i risultati riscontrati durante l'esperienza multisensoriale all'interno dell'Hospice paiono essere in linea con quelli riportati dalla letteratura relativa all'approccio Snoezelen.

BIBLIOGRAFIA: -2008. "Plurisensorialità e approccio snoezelen: prospettive di lavoro interdisciplinare" in A.G. Bedin I linguaggi per la disabilità. Strumenti per l'uso dell'intelligenza emotiva e sociale. Firenze Giunti O.S. pp139-51

-Schofield, P. (2003). A pilot study into the use of a multisensory environment (Snoezelen) within a palliative day-care setting. International journal of palliative nursing, 9(3), 124-130.

-Pinto, J. O., Dores, A. R., Geraldo, A., Peixoto, B., & Barbosa, F. (2020). Sensory stimulation programs in dementia: A systematic review of methods and effectiveness. Expert Review of Neurotherapeutics, 20(12), 1229-1247.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRATTAMENTI ATTIVI E CURE PALLIATIVE: È ORA DI SUPERARE I VECCHI CRITERI DI AMMISSIONE IN HOSPICE?

Carla Bettini¹, Andrea Carlini^{2,3}, Laura Fabbri¹, Francesca Ghetti¹, Francesca Martini¹, Elisabetta Sansoni¹, Maria Valentina Tenti¹, Paola Cravero⁵, Lucia Angelini⁵, Costanza Maria Donati⁴, Alessio Giuseppe Morganti^{3,4}, Romina Rossi^{3,4}, Marco Cesare Maltoni^{1,3}

¹ Unità Cure Palliative, Azienda Sanitaria Locale (AUSL) Romagna, Forlì, Italia, ² Medical Oncology, IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Bologna, Italia, ³ Department of Medical and Surgical Sciences, University of Bologna, Bologna, Italia, ⁴ Radiation Oncology, IRCCS Azienda Ospedaliero Universitaria di Bologna, Bologna, Italia, ⁵ Palliative Care Unit, IRCCS Istituto Romagnolo per lo Studio dei Tumori (IRST) Dino Amadori, Meldola, Italia

SCOPO

I criteri di ammissione attualmente adottati nei programmi hospice escludono spesso i pazienti oncologici che stanno ancora ricevendo trattamenti antineoplastici attivi (Disease Modifying Therapies, DMTs). L'obiettivo di questo studio è dimostrare come, anche in presenza di DMTs in corso, possano emergere bisogni di Cure Palliative significativi, tali da giustificare una presa in carico specialistica.

METODO

In questo studio osservazionale, retrospettivo, monocentrico, sono stati inclusi tutti i pazienti adulti con diagnosi oncologica ricoverati presso il nostro Hospice nel corso del 2022. In questa struttura, l'ammissione avviene sulla base esclusiva dei bisogni di Cure Palliative, indipendentemente dall'eventuale presenza di DMTs attivi. Per la valutazione e la quantificazione dei bisogni assistenziali sono stati utilizzati l'Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status (ECOGPS) e il Palliative Prognostic Score (PaP Score).

RISULTATI

Lo studio ha incluso 150 pazienti oncologici, corrispondenti a 169 ricoveri complessivi. Le principali neoplasie riscontrate sono state: colon-retto (31,4%), polmone (26,0%), tratto genitourinario (20,1%), mammella (6,5%), sistema nervoso centrale (5,3%), distretto testicolo (3,0%) e patologie ematologiche (2,4%). Un ulteriore 6,5% dei pazienti presentava neoplasie rare, con un'incidenza individuale inferiore al 2%. Dei 150 pazienti, 31 (20,7%) avevano ricevuto DMTs negli ultimi 30 giorni di vita: 13 chemioterapia, 5 combinazione di chemioterapia e immunoterapia, 2 chemioterapia associata a terapia target, 4 immunoterapia, 3 ormonoterapia e 4 terapia target. In questo sottogruppo, l'ECOGPS risultava pari a 2 in 5 casi (16,1%), a 3 in 10 casi (32,3%) e a 4 in 16 casi (51,6%). Il PaP Score era compreso tra 0 e 5,5 in 3 pazienti (9,7%), tra 5,6 e 11 in 14 pazienti (45,2%) e tra 11,1 e 17,5 in 8 pazienti (25,8%).

CONCLUSIONI

Lo studio mette in luce, da un lato, la frequente prosecuzione delle DMTs anche nelle fasi terminali della malattia e, dall'altro, la presenza di bisogni palliativi significativi anche in pazienti ancora sottoposti a trattamenti oncologici attivi. L'inclusione di questi pazienti nei programmi hospice potrebbe favorire un processo decisionale più consapevole, orientato a una maggiore appropriatezza terapeutica, e contribuire a garantire una migliore qualità di vita, anche durante la prosecuzione delle terapie antineoplastiche.

BIBLIOGRAFIA: References

1. (AIOM) Associazione Italiana Oncologia Medica (2023) I numeri del cancro in Italia 2023. Intermedia Editore, Milan
2. Singh J, Grov EK, Turzer M, Stenvold A (2024) Hospitalizations and re-hospitalizations at the end-of-life among cancer patients; a retrospective register data study. BMC Palliat Care
3. Lewandowska A, Rudzki G, Lewandowski T, Pröchnicki M, Rudzki S, Laskowska B, Bruchniak J (2020) Quality of life of cancer patients treated with chemotherapy. Int J Environ Res Public Health
4. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M et al (2016) Systematic versus on-demand early palliative care: a randomised clinical trial assessing quality of care and treatment aggressiveness near the end of life. Eur J Cancer

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

5. Maltoni M, Scarpi E, Dall'Agata M, et al (2016) Systematic versus on-demand early palliative care: results from a multicentre randomised clinical trial. *Eur J Cancer* <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2016.06.007>
6. Ferraz-Goncalves JA, Silva I, Redondo P, Luis MS (2024) Aggressiveness in systemic anticancer therapy at the end of life in an oncology center. *Porto Biomed J*.
7. Prigerson HG, Bao Y, Shah MA et al (2015) Chemotherapy use, performance status, and quality of life at the end of life. *JAMA Oncol*
8. McCarthy M (2015) Chemotherapy does not improve quality of life in patients at the end of life, US study finds. *BMJ*
9. Woldie I, Elfiki T, Kulkarni S, Springer C, McArthur E, Freeman N (2022) Chemotherapy during the last 30 days of life and the role of palliative care referral, a single center experience. *BMCPalliat Care*
10. Massal, Balzi W, Altini M et al (2018) The challenge of sustainability in healthcare systems: frequency and cost of diagnostic procedures in end-of-life cancer patients. *Support Care Cancer*
11. Massal, Nanni O, Foca F et al (2018) Chemotherapy and palliative care near end-of-life: examining the appropriateness at a cancer institute for colorectal cancer patients. *BMCPalliat Care*
12. Lopez R, Anton A, Aranda E et al (2019) The Quality Oncology Practice Initiative Program: Experience in Spain. *J Clin Oncol* 37(15_suppl). Abstract
13. Earle CC, Landrum MB, Souza JM, Neville BA, Weeks JC, Ayanian JZ (2008) Aggressiveness of cancer near the end of life: is it a quality-of-care issue? *J Clin Oncol*
14. Azam F, Latif MF, Farooq A, Tirmazy SH, AlShahrani S, Bashir S, Bukhari N (2019) Performance status assessment by using ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Score for cancer patients by oncology healthcare professionals. *Case Rep Oncol*
15. Wilner LS, Arnold RM (2006) The Palliative Prognostic Score. *J Palliat Med*
16. Abedini NC, Hechtman RK, Singh AD, Khateeb R, Mann J, Townsend W, Chopra V (2019) Interventions to reduce aggressive care at the end of life among patients with cancer: a systematic review. *Lancet Oncol*
17. Henson LA, Gomes B, Koffman J, Daveson BA, Higginson IJ, Gao W; BuildCARE (2016) Factors associated with aggressive end of life cancer care. *Support Care Cancer*
18. Elsayem A, Swint K, Fisch MJ et al. (2004) Palliative care inpatient service in a comprehensive cancer center: clinical and financial outcomes
19. Earle CC, Neville BA, Landrum MB et al (2005) Evaluating claims-based indicators of the intensity of the end-of-life cancer care. *Int J Qual Health Care*
20. Modonesi C, Scarpi E, Maltoni M, et al (2005) Impact of palliative care unit admission on symptom control evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System. *J Pain Symptom Manage*
21. Barbera L, Taylor C, Dudgeon D (2010) Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life? *CMAJ*
22. Spain P, West N, Teixeira-Poit S, Schaefer E, Ketter K (2017) Oncology care model: early palliative care experiences and outcomes. *J Clin Oncol* 35(31 suppl).
23. Wright AA, Keating NL, Ayanian JZ et al (2016) Family perspectives on aggressive cancer near the end of life. *JAMA*

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

DAL CASO CLINICO ALLA PRATICA CLINICA: STRATEGIE PER IL CONTENIMENTO DELLO STRESS LAVORO CORRELATO.

Alessandro Ripicini¹, Chiara Provasoli¹, Martina Giachello¹, Carlotta Pavesi², Luca Cullia³, Chiara Poggio¹, Annamaria De Caria⁴, Francesca Paragalli¹, Prisca Elgomi Basevi⁵, Ana Maria Zuniga Guerrero⁵, Annalisa Saetta⁵, Laura Velutti⁵

¹Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ²Servizi Assistenziali, Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³Csap Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁴Servizio di Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁵UO di Oncologia ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: Il burnout è una sindrome caratterizzata da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, che può manifestarsi in seguito ad uno stress lavoro correlato cronico. Il burnout si manifesta maggiormente nelle professioni d'aiuto. In queste professioni gli operatori non mettono in campo solo competenze tecniche (hard skill) ma anche competenze emotive e comunicative (soft skill). Le cure palliative sono un ambito dove emergono frequentemente bisogni emotivi, spirituali e sociali dei pazienti e dei loro familiari. Questo rappresenta una sfida persistente per i professionisti sanitari. Riconoscere, contenere ed elaborare lo stress lavoro correlato diventa fondamentale per garantire il benessere delle persone, del gruppo, e l'efficacia delle cure erogate. In questa esperienza siamo partiti da un caso clinico che aveva particolarmente coinvolto l'équipe, per analizzare le strategie di contenimento dello stress lavoro correlato adottate nella nostra realtà, una Unità di Cure Palliative Domiciliare di un ospedale posto in un'area metropolitana del nord Italia.

METODO: Abbiamo analizzato il caso della signora C. affetta da neoplasia in fase avanzata, presa in carico dal nostro servizio nel giugno 2024, seguita poi fino all'ottobre dello stesso anno. I caregivers erano tre figli e due sorelle, un quarto figlio non era coinvolto nella assistenza. La paziente aveva problemi e sintomi tipici della patologia oncologica di cui era affetta, come alterazione dell'integrità cutanea per esiti chirurgici con necessità di regolari medicazioni avanzate, dolore per secondarismi ossei. A queste problematiche fisiche si associavano la graduale perdita delle autonomie nelle IADL e ADL ed un distress esistenziale per la perdita di ruolo e preoccupazioni rispetto all'impegno che veniva richiesto ai caregivers. Nel nucleo familiare vi erano elementi di disagio sociale da un lato ed una mancanza di allineamento tra i vari caregivers dall'altro, sicuramente preesistenti, ma nettamente esacerbati dalle nuove condizioni della paziente. Questo sfociava in conflittualità tra i diversi caregivers e tra caregivers e membri della équipe, con conseguenti incomprensioni, difficoltà a costruire una relazione di cura ed una alleanza terapeutica. Questo ha determinato nella prima parte dell'assistenza un sovraccarico emotivo in alcuni operatori. La strategia di contenimento e di controllo di questo disagio dei professionisti coinvolti ha visto la partecipazione di tutta l'équipe. Nella prima parte della assistenza abbiamo dedicato uno spazio alla discussione del caso durante ogni riunione settimanale per confrontarci sulle migliori strategie, con il supporto in particolare della psicologa del team. Sono stati effettuati anche dei colloqui uno ad uno della nostra psicologa con i colleghi maggiormente esposti allo stress di questa assistenza. Successivamente abbiamo dedicato al caso uno dei nostri appuntamenti mensili di supervisione strutturata gestiti dalla psicologa: riunioni di équipe dove non si affrontano i casi da punto di vista clinico ma si parte dai casi per analizzare le dinamiche emotive e relazionali che gli stessi suscitano nei singoli operatori o al team in toto. Questo è stato molto utile per decidere di fare seguire la paziente in modo esclusivo ad una coppia medico-infermiere, operatori che meglio erano riusciti ad entrare in relazione con il nucleo familiare. Tuttavia nella seconda parte della assistenza abbiamo osservato un incremento degli episodi di conflittualità e ad una ridotta efficacia del nostro intervento. È stata quindi effettuata una family conference, un incontro degli operatori con la supervisione della psicologa, presso il nostro Istituto, con tutti i familiari coinvolti nella assistenza.

RISULTATI: Abbiamo osservato una riduzione dello stress dei professionisti grazie alla condivisione in équipe degli elementi critici emersi durante l'assistenza. La costante supervisione della collega psicologa ha determinato un ulteriore contenimento. Abbiamo inoltre osservato un miglioramento della nostra capacità di leggere i bisogni e rispondere agli stessi dopo l'incontro di supervisione strutturata. Infine l'incontro di family conference ha rappresentato una svolta che ha consentito di reclutare nei caregivers energie e motivazioni. Questo ha permesso di ricucire l'alleanza terapeutica necessaria per affrontare l'ultima parte

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



della assistenza. Nonostante la fragilità del setting e la persistenza di problemi nel nucleo familiare, abbiamo costruito le premesse per consentire la conclusione dell'assistenza a domicilio. La paziente è deceduta a domicilio ed è stato possibile affrontare un percorso di sedazione terminale in accordo con i caregivers.

CONCLUSIONI: La gestione dello stress lavoro correlato richiede un approccio strutturato e condiviso. La discussione d'équipe, il supporto psicologico e la supervisione regolare sono strumenti efficaci per sostenere gli operatori. Le relazioni familiari complesse e conflittuali, il disallineamento tra aspettative, motivazioni ed elementi di realtà, possono compromettere l'alleanza terapeutica. Tuttavia promuovere spazi di ascolto e confronto in équipe favorisce la resilienza dei professionisti e la qualità della cura. Offrire ai caregivers la opportunità di un confronto aperto in un setting protetto può favorire la costruzione della fiducia e migliorare l'efficacia delle cure. Una strategia di azioni di contenimento integrata all'interno della équipe e tra la équipe ed il nucleo paziente/caregivers può concorrere al contenimento del rischio di burnout.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CHI CURA CHI CURA? FOCUS SULLE ESPERIENZE DEGLI OPERATORI DI CURE PALLIATIVE VENETE: IL SECONDO CONVEGNO DIFFUSO.

Eleonora Cason¹, Giampietro Luisetto^{1,2}, Giuliana Menegaldo¹, Caterina Agosto^{1,3}, Gianluca Sartore^{1,4}, Tiziana Mondin^{1,5}, Tiziana Rizzo¹, Luca Furlanetto^{1,6}, Angela Toniolo¹, Martina Abadessa¹, Jennifer Mameli^{7,8}, Matteo Martinato^{1,7}

¹SICP-Veneto (Società Italiana di Cure Palliative Regione Veneto), Veneto, Italia, ²AULSS1 Dolomiti, Belluno, Italia, ³Azienda Ospedale-Università Padova, Padova, Italia, ⁴AULSS3 Serenissima, Venezia Mestre, Italia, ⁵Rete Nazionale ASCure Palliative, Italia, ⁶AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso, Italia, ⁷Università degli Studi di Padova, Padova, Italia, ⁸GVM Cortina Srl, Italia

SCOPO: Numerosi studi di letteratura, oltre che l'esperienza clinica, sottolineano come il lavoro a stretto contatto con la sofferenza, la malattia e la morte, nelle cure palliative, esponga gli operatori ad un carico emotivo importante, che spesso si aggiunge allo stress più prettamente organizzativo, comportando una fatica emotiva che va dal «normale» stress lavorativo (63% dei curanti lo sperimentano) (1), fino al vero e proprio disagio, a volte anche clinicamente significativo (burn out nel 17.3% dei curanti) (2). Occuparsi del benessere dei curanti con interventi psicologici individuali o gruppalmente è, dunque, importante sia per garantire il loro benessere, che per implementare la qualità della cura erogata ai pazienti (3).

Lo scopo dello studio è stato quello di esplorare, attraverso una metodologia mista, il grado di stress sperimentato nelle équipe di cure palliative venete e poter di conseguenza organizzare e implementare gli interventi di cura dei curanti stessi. Gli obiettivi specifici della parte qualitativa su cui verte il presente abstract sono stati: confronto delle diverse esperienze individuali ed operative; raccolta di criticità ed esigenze specifiche del singolo ruolo professionale sul tema trattato, su quali siano gli elementi che lo influenzano (positivamente e negativamente), su quali accorgimenti possano essere messi in atto per implementare il benessere dell'équipe e quindi la qualità dell'assistenza.

METODO: Lo studio è stato condotto con una metodologia mista, ossia una parte di raccolta dati quantitativi attraverso la somministrazione on-line di questionari validati e standardizzati, o costruiti ad-hoc, e una parte qualitativa, consistita nella realizzazione del "convegno diffuso", ossia 7 focus-group organizzati on-line su piattaforma zoom, suddivisi per figure professionali. Gli incontri, aperti a soci e non soci SICP, professionisti e volontari che operano nel settore delle cure palliative in Veneto e interessati all'argomento, sono stati videoregistrati (previo consenso), trascritti ed anonimizzati nei contenuti. Non erano richieste conoscenze pregresse. I dati anonimizzati sono in corso di analisi qualitativa attraverso analisi tematica e saranno poi triangolati con i risultati della parte quantitativa per favorire una miglior comprensione del fenomeno analizzato.

La parte qualitativa qui presentata ha coinvolto 104 partecipanti tra medici (25), infermieri e operatori socio-sanitari (22), psicologi (16), fisioterapisti (15), assistenti sociali (10) e volontari (16). Le domande stimolo per l'esplorazione delle esperienze dei curanti sono state: 1) Qual è la tua esperienza rispetto al benessere emotivo dell'équipe con cui collabori? Ci sono ruoli maggiormente sottoposti allo stress? Se sì, perché? 2) Quali elementi sono presenti nella pratica che fanno pensare ad un disagio emotivo? Quali invece rappresentano segnali di benessere emotivo? 3) Quali interventi sono stati attuati o sarebbe utile attuare per implementare il benessere dell'équipe? 4) Qual è la tua esperienza personale (sul tuo benessere lavorativo)? Se puoi offrirci qualche esempio di risorse e criticità.

Lo strumento del focus group permette di raggiungere una comprensione profonda del fenomeno esplorato, in quanto la discussione gruppalmente favorisce l'emergere di prospettive multiple e l'esplorazione di fenomeni complessi quali quello della cura del curante.

RISULTATI: Tra i risultati preliminari della parte qualitativa emerge che non sembra esserci un ruolo maggiormente esposto allo stress (diversamente da quanto si rileva in letteratura, dove sembra essere l'infermiere il ruolo con maggior grado di burn-out) (3), tuttavia ciascuna figura professionale ritiene di essere particolarmente sottoposta allo stress, prevalentemente organizzativo. Nei diversi incontri emerge inoltre che non sembrano rappresentare fonte di stress il quotidiano lavoro con la morte e la sofferenza, infatti i curanti si dichiarano "equipaggiati" per saper gestire la maggior parte delle criticità comunicative e relazionali, confermando come le problematiche di organico ridotto e le numerose pressioni organizzative, oltre che gli elevati carichi assistenziali, rappresentino di fatto la fonte principale di stress. Emerge anche

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



che la presenza di interventi di staff support e/o di interventi psicologici dedicati favorisce il miglior benessere delle équipe, oltre che la formazione di base, la formazione continua, la motivazione e gli interventi che ciascun professionista può mettere in atto per prendersi cura di se stesso (sport, alimentazione, hobbies, pratiche di benessere ecc.). Sembra che esista una disparità nella presenza di tali interventi a seconda che l'équipe sia di carattere istituzionale o in carico ad enti convenzionati, dove sembrerebbero esserci maggior spazio e "risorse" per organizzare eventi dedicati, a partire dalla fondamentale, e non sempre realizzata, "riunione d'équipe".

Infine, è interessante sottolineare che solo nell'ultimo focus group, aperto alle diverse figure professionali in compresenza, è emersa la tematica della fatica emotiva ed esistenziale di affrontare quotidianamente la morte e il morire, nella consapevolezza che spesso le difficoltà organizzative canalizzano l'attenzione e lo stress, sovrastando tematiche più intime e soggettive del rapporto con la vita e col morire. La realizzazione di momenti di confronto dedicati, quali il convegno diffuso, si delinea come risorsa per fermarsi dal fare e stare maggiormente sul sentire.

CONCLUSIONI: Seppur preliminari, i risultati emersi confermano come lo stress da normale ad elevato vissuto dai curanti di cure palliative della regione coinvolta, meriti di essere maggiormente considerato e gestito, con interventi dall'alto verso il basso (organizzazione), ma anche con interventi messi in atto dalle équipe stesse e dagli individui verso se stessi. Questo di fatto previene l'instaurarsi di un vero e proprio burn-out. Anche la Società Scientifica promotrice dello studio può implementare il benessere dei curanti, continuando a dedicare spazi di confronto e condivisione tra pari, oltre che promuovere nelle Istituzioni la realizzazione di interventi specifici. La triangolazione dei dati offrirà nuove preziose informazioni sul tema.

BIBLIOGRAFIA:

- 1- Dougherty E, Pierce B, Ma C, Panzarella T, Rodin G, Zimmermann C. Factors associated with work stress and professional satisfaction in oncology staff. *Am J Hosp Palliat Care*. 2009 Apr-May;26(2):105-11. doi: 10.1177/1049909108330027. Epub 2009 Jan 14. PMID: 19144993.
- 2- Hill RC, Dempster M, Donnelly M, McCorry NK. Improving the wellbeing of staff who work in palliative care settings: A systematic review of psychosocial interventions. *Palliat Med*. 2016 Oct;30(9):825-33. doi: 10.1177/0269216316637237. Epub 2016 Mar 4. PMID: 26944534.
- 3- Parola V, Coelho A, Cardoso D, Sandgren A, Apóstolo J. Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2017 Jul;15(7):1905-1933. doi: 10.11124/JBISRIIR-2016-003309. PMID: 28708752.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI CAMPAGNA E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI CITTÀ: QUALE STRESS?

Melania Genova¹, Loredana Sutura¹, Francesco La Blasca¹, Marco Ciofalo¹, Gaetano Spampinato¹, Lidia Consiglio¹, Gianfranco Alaimo¹, Marco Marrata¹, Gaetana Rinaldi¹

¹ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ² Samo ONLUS, Palermo, Italia, ³ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁴ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁵ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁶ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁷ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁸ Samo ONLUS, Palermo, Italia, ⁹ Samo ONLUS, Palermo, Italia

SCOPO: Nelle cure palliative domiciliari il luogo di cura è la casa del paziente. Compito degli operatori è quello di individuare e raggiungere tale luogo, attraversando autostrade, strade, cortili, vicoli e stradine. Il domicilio del paziente può essere anche in strade urbane caotiche, senza parcheggio o in strade extraurbane lontane ed irraggiungibili. In base alle zone, distinte topograficamente, esistono diverse squadre dedicate, che lavorano in città e quelle che lavorano fuori città, spesso in zone di campagna. Certamente esiste una differente tipologia di organizzazione tra chi lavora in zone urbane e chi lavora in zone extraurbane. Che ruolo ha la localizzazione del luogo di cura sullo stato di stress dell'operatore? È più stressato l'operatore di città o quello di campagna?

METODO: Abbiamo utilizzato il questionario del Maslach del burn out 1, somministrato a 3 operatori, medici ed infermieri, che lavorano in zone urbane e a tre operatori, medici ed infermieri, che lavorano in zone extraurbane.

RISULTATI: Tutti gli operatori sono stati disponibili ed hanno accettato di sottoporsi al questionario con entusiasmo. Dai risultati finali si evince un rischio basso di burn out sia tra gli operatori che lavorano in zone urbane e sia tra gli operatori che lavorano nell'extraurbano. Sembrerebbe che né il caos della città né le distanze, nel raggiungere i lunghi dei domicili dei pazienti, influenzino in senso negativo lo stato di serenità lavorativa degli operatori.

CONCLUSIONI: Dall'analisi dei risultati del questionario tutti gli operatori hanno manifestato nello svolgimento del loro lavoro, urbano ed extraurbano, un'elevata gratificazione personale. Questo risultato indica che il lavoro di cure palliative domiciliari arricchisce personalmente e professionalmente gli operatori, nonostante criticità e difficoltà topografiche, affrontate giornalmente per raggiungere il domicilio, luogo scelto dal paziente per il suo tramonto.

BIBLIOGRAFIA:

- 1 The Maslach Burnout Inventory (MBI)
Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). Maslach Burnout Inventory - Manual.
Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. This is the foundational publication for the MBI.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'IMPLEMENTAZIONE DEL MODELLO PRIMARY NURSING IN HOSPICE: UNO STUDIO MIXED-METHOD CHE UTILIZZA LA TEORIA DELLA NORMALIZATION PROCESS THEORY.

Viviana Scorza¹, Daria Ravazzini¹, Pasqualotto Edoardo¹, Bedini Gabriele¹, Rocchi Mirta¹

¹Hospice CasaMadonnadell'Ulivo SCSRL, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: La scelta di un modello assistenziale infermieristico rappresenta un elemento cruciale nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi infermieristici, poiché non solo definisce come deve essere strutturata l'assistenza ad un gruppo di pazienti, ma si allinea anche con la mission e vision dei Servizi combinati alle risorse umane e ai materiali disponibili ed esprime una vera e propria filosofia di cura, inoltre fornisce un quadro teorico che permette agli infermieri di articolare e condividere le proprie pratiche professionali, nonché di riflettere sui valori che guidano la loro attività allo scopo di garantire un'assistenza sicura, efficiente e di qualità incentrata sul paziente.

Tra questi, il modello Primary Nursing (PN) rappresenta un approccio organizzativo assistenziale efficace per supportare gli infermieri nella loro pratica organizzativa e assistenziale. Questo modello è stato sviluppato con l'obiettivo di facilitare la promozione e l'ottimizzazione delle relazioni terapeutiche con i pazienti, favorendo una comprensione approfondita delle loro esigenze, nonché di quelle delle loro famiglie dal momento dell'ingresso alla dimissione.

Un Hospice territoriale a gestione infermieristica ha deciso di implementare il modello PN con l'obiettivo di migliorare il percorso di cura dei pazienti e dei loro familiari e di favorire la valorizzazione del care infermieristico, stimolando le possibilità di crescita professionale.

L'intero personale infermieristico ha ricevuto una formazione teorica sui punti cardine del modello attraverso incontri formativi e stage e l'avvio dell'implementazione del Modello è avvenuto il 1° Maggio 2023. Attraverso questo studio si vuole identificare e monitorare i fattori che promuovono e quelli che invece ostacolano l'incorporazione degli interventi complessi in seguito all'implementazione del modello Primary Nursing in un contesto Hospice, secondo la percezione degli infermieri direttamente coinvolti. Lo studio andrà inoltre ad indagare il lavoro che i professionisti svolgono per verificare quanto l'implementazione del modello sia normalizzata nella pratica quotidiana e attraverso un'azione partecipativa degli infermieri offrirà alla Direzione spunti di cambiamento realizzabili nel Servizio.

METODO: Lo studio si avvale di un disegno di tipo mixed-method in modalità sequenziale esplicativa: i dati quantitativi saranno raccolti in un primo momento attraverso questionari e successivamente quelli qualitativi attraverso un Focus Group. La fase qualitativa verrà strutturata per approfondire o migliorare la comprensione dei dati quantitativi.

Nello studio saranno coinvolti tutti gli infermieri dell'Hospice.

L'approccio di studio è una ricerca-azione partecipativa (RAP). Il contributo partecipativo verrà richiesto, ai componenti dello studio, nelle fasi di discussione, interpretazione dei risultati e nella definizione e valutazione di azioni di cambiamento. Per entrambi i metodi di studio qualitativi e quantitativi verrà utilizzato il framework della Normalization Process Theory (NPT).

La NPT è un modello teorico recente che offre ai ricercatori un framework per descrivere, valutare e promuovere i processi di implementazione di interventi complessi all'interno della pratica quotidiana individuando barriere e facilitatori e concentrandosi sul lavoro che il singolo professionista o il gruppo svolgono per fare in modo che la pratica attuata diventi normale pratica di routine. L'NPT si basa su 4 costrutti (coerenza, partecipazione cognitiva, azione collettiva e monitoraggio riflessivo).

RISULTATI: Attraverso l'analisi dei dati dei quattro costrutti del framework utilizzato potremo osservare cosa è stato acquisito dagli infermieri rispetto al ruolo del PN e del valore che gli attribuiscono.

Potremo inoltre avere informazioni sulle percezioni di quanto le scelte e le attività intraprese siano state normalizzate nel contesto.

Attraverso l'azione partecipativa degli infermieri e la loro riflessione critica ci aspettiamo che emergano proposte che favoriscano il processo di normalizzazione del modello nella pratica quotidiana.

CONCLUSIONI: L'implementazione di un nuovo modello di assistenza infermieristica può essere complessa per diverse ragioni che il più delle volte riguardano il coordinamento tra diversi livelli organizzativi e



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



professionali (direzione, coordinatore, infermieri). La letteratura fa emergere quanto sia necessario mettere in atto alcuni interventi, come ad esempio la formazione ai professionisti, per supportare l'introduzione del modello di assistenza ed evitare la resistenza al cambiamento. Sono diversi i fattori che influenzano l'impegno dei professionisti sanitari nell'implementare interventi complessi come può essere l'attuazione di un modello di erogazione dell'assistenza, questi sono per lo più correlati a quanto i professionisti considerano l'intervento utile, alla ripartizione del lavoro da svolgere, all'assegnazione dei ruoli e all'adattamento dei professionisti all'intervento stesso, modificando la pratica e la routine corrente. Inoltre, ad incidere è il grado con cui le strutture organizzative facilitano e supportano la partecipazione del personale. Gli studi dimostrano un interesse crescente nella comprensione, nello sviluppo e nella valutazione dell'implementazione di interventi complessi. Questi interventi possono portare ad un impatto significativo sull'assistenza sanitaria e sulla salute del paziente solo dimostrando la loro efficacia una volta testati nell'ambiente reale e la loro capacità di essere ampiamente implementati e normalizzati nella pratica infermieristica quotidiana in maniera coerente al modello di riferimento. La teoria del processo di normalizzazione (NPT) nasce con lo scopo di affrontare il problema dell'implementazione con l'obiettivo di comprendere le dinamiche che lo caratterizzano e analizzarle, in modo approfondito, i processi attraverso cui l'implementazione di un nuovo modello assistenziale può essere integrato nella routine quotidiana di lavoro, facilitando la comprensione delle esperienze di lavoro dei professionisti coinvolti, sia a livello individuale che organizzativo e contribuendo a formulare precise raccomandazioni per le implementazioni future.

BIBLIOGRAFIA:

1. Gonçalves I, Mendes DA, Caldeira S, Jesus É, Nunes E. The Primary Nursing Care Model and Inpatients' Nursing-Sensitive Outcomes: A Systematic Review and Narrative Synthesis of Quantitative Studies. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 29;20(3):2391. doi: 10.3390/ijerph20032391. PMID:36767759; PMCID:PMC9915435.
2. Wessel, S. Manthey, M. Primary Nursing, Assistenza Infermieristica centrata sulla relazione con la persona assistita. 4th ed. Milano: Casa Editrice Ambrosiana, 2022.
3. Tiedeman ME, Lookinland S. Traditional models of care delivery: what have we learned? *J Nurs Adm*. 2004 Jun;34(6):291-7. doi: 10.1097/00005110-200406000-00008. PMID:15190224.
4. Murray E, Treweek S, Pope C, MacFarlane A, Ballini L, Dowrick C, Finch T, Kennedy A, Mair F, O'Donnell C, Ong BN, Rapley T, Rogers A, May C. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med*. 2010 Oct 20;8:63. doi: 10.1186/1741-7015-8-63. PMID:20961442; PMCID:PMC2978112.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA COMPASSIONE NELLA RELAZIONE DI CURA: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE DESCRITTIVO

Marianna Rondini¹, Benedetta Corbani¹, Enrica Cantinotti¹, Sara Carrodano¹, Lorenzo Federici¹, Gianluca Petriccioli¹, Paola Lorenzani¹, Micaela La Regina¹

¹ASL5 Ospedale Sant'andrea, La Spezia, Italia

SCOPO: Studi in letteratura definiscono la compassione come la risposta emotiva alla sofferenza altrui che implica un autentico desiderio di alleviarla. La capacità di far fronte alle complessità assistenziali, richiede competenze trasversali in grado di rispondere sia ai bisogni clinici che a quelli relazionali. Per gli individui la compassione può essere sia uno stato che una disposizione, e per gli operatori sanitari la letteratura evidenzia che può essere sia coltivata con la formazione che con la pratica clinica esperienziale. La compassione, intesa come risposta attiva all'altrui sofferenza, rappresenta una risorsa fondamentale per promuovere l'umanizzazione delle cure, migliorando al contempo il benessere psicologico degli operatori. L'obiettivo di questo studio è indagare la pratica compassionale degli infermieri nei diversi setting assistenziali e come questa possa migliorare i benefici interpersonali e personali nella relazione di cura inducendo un effetto positivo sul loro benessere mentale.

METODO: Questo è uno studio osservazionale descrittivo monocentrico condotto tramite uno strumento di misurazione strutturato. Lo strumento utilizzato è la Compassion scale, validata in italiano da Lucarini et al. che è stata somministrata a 120 infermieri operanti nei reparti di Terapia Intensiva, Pronto Soccorso e Oncologia. Le dimensioni della compassione indagate includevano consapevolezza, gentilezza, umanità e non indifferenza.

RISULTATI: Su un campione di 120 infermieri sono state raccolte 102 risposte (il tasso di risposta è stato dell'85%). Tutte le dimensioni della compassione hanno riportato valori medi superiori al valore di cut-off (≥ 3), indicando una pratica compassionale diffusa tra gli operatori sanitari coinvolti nello studio. La popolazione che ha risposto ai questionari era per il 75% di sesso femminile, per il 63% al di sopra dei 40 anni e per il 70% con oltre 10 anni di servizio, pertanto i risultati evidenziano come l'esperienza professionale ed il genere femminile siano fattori facilitanti la compassione stessa. La media dei punteggi di tutti gli item positivi e di tutti quelli negativi ricodificati è tendenzialmente maggiore in Oncologia (4.35 e 4.55) rispetto alla Rianimazione (4.13 e 4) e al Pronto Soccorso (4.05 e 3.97), in ragione dell'utenza e del tipo di attività propria dei tre settings assistenziali. I punteggi più alti si sono riscontrati in Oncologia, con una bassa incidenza di compassion fatigue (10% in Oncologia, 1% in Pronto Soccorso).

CONCLUSIONI: I risultati dello studio evidenziano una buona pratica della compassione da parte degli infermieri e bassi livelli di compassion fatigue, suggerendo così potenziali benefici personali e interpersonali della stessa nella relazione di cura. La compassione come concetto core assistenziale si è dimostrata una risposta efficace per governare la complessità dei bisogni sanitari. Implementare percorsi formativi volti al potenziamento di questa competenza rappresenta una strategia chiave per contribuire alla qualità dell'assistenza e al sostegno emotivo degli operatori stessi.

La pratica della compassione in ambito infermieristico si manifesta attraverso atti di gentilezza, ascolto attivo, contatto: coltivare questa pratica induce un effetto positivo sul benessere psicologico negli operatori che la praticano, rivelandosi un potente rimedio contro lo stress, l'esaurimento fisico ed il burnout, favorendo una presa in carico assistenziale globale del paziente.

BIBLIOGRAFIA: Sinclair S. et al. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*, 2016

Lucarini A et al. A deep dive into compassion: Italian validation, network analysis, and correlates of recent compassion scales. *European Journal of Psychological assessment*, 2022

Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nursing forum*, 2018

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

COMPETENZE NECESSARIE PER LAVORARE IN TEAM INTERDISCIPLINARI NEI SERVIZI DI MEDICINA DI COMUNITÀ: UNO STUDIO QUALITATIVO CON FOCUS GROUPS

Nicola Tedoldi¹, Benedetto Giardulli², Simone Battista³

¹Fondazione Teresa Camplani- Casa di Cura Domus Salutis, Brescia, Italia, ²Università degli Studi di Genova, Genova, Italia, ³University of Salford, Salford, Regno Unito

SCOPO: I sistemi sanitari europei si stanno affidando sempre di più ai servizi di Medicina di Comunità per ridurre il carico delle malattie croniche sulle strutture ospedaliere e contenere i costi sanitari associati alla loro gestione [1]. Per lavorare efficacemente in questi contesti, i professionisti sanitari e sociali necessitano non solo di abilità tecniche e professionali, ma anche di diverse competenze trasversali, relazionali e digitali. Tuttavia, queste abilità non sono sempre possedute dai professionisti sanitari e sociali, né sono adeguatamente inquadrati. Diventa quindi cruciale comprendere quali competenze siano realmente ritenute necessarie, così da sviluppare percorsi formativi mirati, in grado di supportare una transizione più rapida verso modelli sanitari efficaci ed orientati al paziente [2].

La presente ricerca si propone di identificare le competenze trasversali, relazionali e digitali percepite come essenziali per poter lavorare all'interno dei servizi di Medicina della Comunità, a partire dall'esperienza dei professionisti sanitari e sociali e degli utenti che afferiscono a tali servizi.

METODO: È stato condotto uno studio qualitativo con focus group, finanziato dal programma europeo Erasmus+ (Grant n. 101111736, €1.104.868,00), nell'ambito del progetto Developing specialists in community based interprofessional TEAMS for enhanced person-centered CARE – a European curriculum for health and social care staff (TeamCARE) [3]. Lo studio ha ottenuto l'approvazione dal Comitato Etico per la Ricerca Universitaria dell'Università di Genova (data: 31/10/2023; CERA2023.81). I partecipanti sono stati selezionati attraverso un campionamento mirato. In particolare, sono stati inclusi professionisti sanitari e sociali con almeno cinque anni di esperienza lavorativa ed utenti di servizi territoriali in cura da almeno un anno. Per la realizzazione dei focus group si è cercato di rispettare un criterio di "diversità" che potesse rappresentare al meglio le molteplici realtà sanitarie regionali ed i diversi servizi offerti all'utenza. I focus group sono stati condotti utilizzando due diverse tracce per interviste semi-strutturate, sviluppate specificamente per questo studio da un gruppo di esperti interdisciplinari a partire da una rapid review della letteratura esistente. Ciascun focus group è stato condotto online con il software Microsoft Teams ed ha visto la partecipazione di tre moderatori. Durante le interviste, ai partecipanti è stato attribuito un soprannome al fine di garantire l'anonimato, rendendo impossibile risalire alla loro identità. L'analisi qualitativa dei dati è stata condotta secondo i principi e le fasi della Reflexive Thematic Analysis (RTA) descritta da Braun e Clarke [4].

RISULTATI: Sono stati condotti tre focus group tra febbraio e marzo 2024 con un totale di 18 partecipanti. Di questi, 12 erano professionisti sanitari e sociali, mentre 6 erano utenti di diversi servizi territoriali. A partire dall'esperienza dei partecipanti sono stati generati 5 temi (Tabella 1):

1. "The Importance of Connection: Effective Relational and Communication Skills" sottolinea l'importanza di costruire relazioni con colleghi e pazienti, oltre che ad affinare le competenze relative a una comunicazione chiara, comprensiva ed efficace;
2. "Building Teamwork: Creating Synergy Through Collaboration" sottolinea l'importanza del dialogo, della formazione condivisa e della leadership per migliorare la gestione dei conflitti e promuovere un ambiente di lavoro coeso;
3. "The Importance of Versatility: Healthcare Professionals as Problem-Solvers in a Digitalised Ever-Changing Environment" sottolinea la necessità di sviluppare capacità di adattamento, di problem solving e di task shifting, così come competenze digitali, per gestire efficacemente situazioni complesse.
4. "Putting People First: Stakeholder and Person-Centered Management Skills" sottolinea l'importanza di adottare un approccio incentrato sulla persona, fornendo supporto ai pazienti e comprendendo i loro bisogni espressi e non espressi.
5. "Working in a Complex Web: Interservice Communication and Management Skills" sottolinea la necessità di conoscere i servizi di Medicina di Comunità presenti e di possedere competenze gestionali



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



per creare una rete integrata, che sostenga la continuità dell'assistenza e consenta agli utenti di prendere decisioni informate.

Temi generati tramite RTA	Esempi di citazioni emerse dai focus group
1. The Importance of Connection: Effective Relational and Communication Skills	
Rapporti di fiducia	<i>"Quando apri le porte di casa [ad un professionista sanitario] è fondamentale anche creare con questa persona un rapporto di fiducia"</i> Spiz, F, 39 anni, utente del servizio
Competenze relazionali	<i>"La comunicazione deve essere da un lato accogliente ma anche rispettosa e non giudicante. Tu sei un professionista, quindi, non ti puoi permettere di entrare in una situazione di giudizio e di conflitto con l'utenza per qualsiasi motivo"</i> Beatrice, F, 48 anni, infermiera
2. Building Teamwork: Creating Synergy Through Collaboration	
Coesione del team	<i>"Lavorare in gruppo dà più risultati positivi che negativi. Solo imparando a lavorare insieme si possono evitare gli errori"</i> Lilupio, F, 66 anni, medico
Ambiente inclusivo	<i>"Il collega, chiunque sia e indipendentemente dal suo ruolo, deve essere visto come una risorsa che può aggiungere qualcosa a me come persona, ma anche al gruppo come squadra"</i> Matilde, F, 50 anni, infermiera
3. The Importance of Versatility: Healthcare Professionals as Problem-Solvers in a Digitalised Ever-Changing Environment	
Capacità di adattamento	<i>"A parte un'emergenza, che può capitare, il lavoro all'interno di un reparto è abbastanza standardizzato. Mentre sul territorio [è diverso]: in pochi minuti [la situazione] cambia e bisogna gestirla immediatamente [con quello che si ha a disposizione al momento]"</i> Giorgio, M, 55 anni, medico
Problem Solving	<i>"[Il professionista sanitario] è una persona competente. Conosce i miei problemi, le mie limitazioni: quando sono in sedia a rotelle vorrei un bracciale più basso, che vada sotto il tavolo, per andare a mangiare fuori. Quindi, potrebbe consigliarmi qualcos'altro che esiste e che io non conosco"</i> Mariella, F, 61 anni, utente del servizio
4. Putting People First: Stakeholder and Person-Centered Management Skills	
Incoraggiare e supportare	<i>"Molte volte mia moglie ha grandi difficoltà ad aiutarsi. Come potremmo fare [senza assistenza]? Questo è un compito che voi [professionisti sanitari] avete alleggerito, perché garantisce sicurezza e tranquillità nella nostra casa"</i> Fino, M, 89 anni, utente del servizio
Approccio di cura personalizzato	<i>"Il professionista deve essere pronto ad accogliere l'utente [...] a 360 gradi. Quindi, abbracciare la persona nella sua totalità e non solo la malattia o il problema clinico che porta in quel momento"</i> Buba, F, 52 anni, ostetrica
5. Working in a Complex Web: Interservice Communication and Management Skills	
Conoscere i servizi socio-sanitari disponibili	<i>"Conoscere bene le risorse del territorio è un'altra competenza che ci permette di avere di maggiore aiuto [al paziente] e di fare rete"</i> Giuliana, F, 45 anni, coordinatore infermieristico
Rafforzare le reti assistenziali esistenti	<i>"[Il collegamento tra ospedali e servizi territoriali] è sempre mancato, anche quando studiavo c'era questo problema. Quando si esce [dall'ospedale] non è così facile mantenere un canale di comunicazione [con il reparto] e spesso sono gli stessi utenti del servizio che devono farsi carico di prendere appuntamenti e prenotare determinate visite [mediche]"</i> Aana, F, 42 anni, ostetrica

CONCLUSIONI: I risultati del presente studio hanno evidenziato la necessità per i professionisti sanitari e sociali di possedere soft skills atte a promuovere il lavoro di squadra, migliorare la comunicazione e supportare i processi decisionali clinici, oltre a competenze digitali e di problem-solving utili per adattarsi ad un ambiente in continua evoluzione, utilizzando un approccio centrato sulla persona. Queste competenze si estendono oltre le abilità cliniche e accademiche acquisite tradizionalmente nei programmi di formazione



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



universitaria. Sebbene le conoscenze teoriche e le abilità tecniche rappresentano il fulcro del lavoro sanitario, la pratica quotidiana richiede sempre più un insieme completo di competenze generiche e trasversali, tra cui abilità interpersonali, manageriali e di adattamento [5]. Questo cambiamento è determinato dalla natura complessa dell'erogazione dell'assistenza sanitaria nei servizi di Medicina di Comunità, dove i professionisti devono gestire individui con esigenze sempre più complesse, colmare lacune invisibili nell'assistenza ai pazienti e cooperare con diversi stakeholders, navigando in un sistema sanitario spesso disconnesso e frammentato [6].

La presente ricerca, in linea con le evidenze presenti in letteratura, suggerisce di focalizzarsi sull'integrazione sistematica delle cosiddette soft skills nei programmi di formazione e sviluppo professionale, al fine di migliorare l'efficacia del lavoro in équipe multidisciplinare e gli outcome di salute dei pazienti.

BIBLIOGRAFIA:

1. Stenberg K, Hanssen O, Edejer TTT, et al (2017) Financing transformative health systems towards achievement of the health Sustainable Development Goals: a model for projected resource needs in 67 low-income and middle-income countries. *Lancet Glob Health* 5:e875–e887
2. European Commission's Directorate-General for Health and Food Safety (DG SANTE) (2021) State of Health in the EU, Companion Report 2021.
3. European Erasmus+ Grant no. 101111736 (2023) TEAMCARE - an Interprofessional Europe An curriculum for health and social Care staff: developing a specialist in personalized user-centered care in the community. <https://erasmus-plus.ec.europa.eu/projects/search/details/101111736>.
4. Braun V, Clarke V (2021) Can I use TA? Should I use TA? Should I not use TA? Comparing reflexive thematic analysis and other pattern-based qualitative analytic approaches. *Couns Psychother Res* 21:37–47
5. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, et al (2010) Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet* 376:1923–1958
6. Shannon B, Shannon H, Bowles KA, Williams C, Andrew N, Morphet J (2022) Health professionals' experience of implementing and delivering a "Community Care" programme in metropolitan Melbourne: a qualitative reflexive thematic analysis. *BMJ Open*. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2022-062437>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

OTTIMIZZAZIONE DEL TRATTAMENTO ANTALGICO IN PAZIENTI CON ASSISTENZA DOMICILIARE O RESIDENZIALE ATTIVA: IL RUOLO DEL RADIO-ONCOLOGO.

Elisabetta Lepre¹, Luca Eolo Trodella¹, Michele Fiore^{1,2}, Carlo Greco^{1,2}, Roberta Guarnaccia¹, Eddy Ippolito^{1,2}, Giuseppe Casale³, Maria Grazia De Marinis^{4, 5}, Adriana Turiziani¹, Sara Ramella^{1,2}

¹ Unità di ricerca operativa di Radioterapia Oncologica, Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, Roma, Italia, ² Unità di ricerca di Radioterapia Oncologica, Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ³ Unità di cure palliative Antea, Roma, Italia, ⁴ Dipartimento di Medicina e Chirurgia, Unità di ricerca di Scienze Infermieristiche, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia, ⁵ Fondazione Policlinico Universitario Campus Biomedico, Università Campus Biomedico di Roma, Roma, Italia

SCOPO: Nella moderna Oncologia, grazie agli avanzamenti delle cure oncologiche che migliorano la sopravvivenza, sempre più pazienti necessitano di terapie di supporto, tra le quali un ruolo essenziale è rivestito dalla terapia del dolore, e di trattamenti di radioterapia a scopo palliativo-antalgico.

La qualità della vita rimane un tema di interesse via via crescente non soltanto per il paziente ma anche per tutto il contesto familiare, sociale ed assistenziale in generale. Pazienti ben gestiti presso il proprio domicilio o presso strutture di lungo degenza riducono il numero di accessi nel Pronto Soccorso e ciò si traduce anche in un aiuto concreto ai caregiver che si occupano della loro quotidianità.

Risulta ormai chiaro che l'approccio multidisciplinare e la collaborazione tra le diverse figure professionali migliorano la gestione degli assistiti e permettono di offrire loro una cura olistica.

La nostra proposta di studio si pone, pertanto, dentro questo scenario al fine di consolidare la collaborazione multidisciplinare come elemento impattante sulla qualità di vita dei pazienti e, in particolare, sulla gestione del dolore.

METODO: Dagli inizi del 2025 presso l'Unità di Radioterapia Oncologica del Policlinico Campus Biomedico di Roma è stato istituito un gruppo di lavoro sul tema Palliazione. A partire da marzo 2025 abbiamo stabilito incontri settimanali tra i Radio-Oncologi e i medici Palliativisti presso l'Hospice di cure palliative del Campus Biomedico. Insieme per la cura.

Alle riunioni sono stati discussi i casi dei pazienti assistiti, sia residenziali che assistiti a domicilio. Per ciascun paziente è stata redatta una scheda per registrare anagrafica, tumore primitivo, stadio di malattia, localizzazione delle metastasi, eventuale sintomatologia algica, utilizzando la scala NRS (Numeric Rating Scale) del dolore per la quantificazione dello stesso, la terapia del dolore in corso.

Laddove disponibili, sono state visionate le immagini radiologiche relative ai diversi casi presi in esame.

In caso di indicazione ad un trattamento di radioterapia, per metastasi dolenti o critiche, abbiamo inoltre condiviso la logistica del paziente.

Per i pazienti per cui c'è stata un'indicazione radioterapica, è stata organizzata la prima visita di radioterapia e la TC di prima simulazione lo stesso giorno. Se possibile, la prima seduta è stata eseguita il pomeriggio stesso oppure il giorno successivo. Per le lesioni ossee è stato preferito un trattamento in singola frazione di 8 Gy, per poter assicurare un trattamento efficace e veloce in pazienti con aspettativa di vita bassa.

RISULTATI: Fino ad ora abbiamo discusso otto casi, per due di questi è stata posta indicazione a radioterapia palliativo-antalgica, uno dei quali sta eseguendo il trattamento radiante. I risultati in termini di risposta del dolore sono ancora in corso.

Tra le prospettive future c'è il progetto di istituire un ambulatorio congiunto di Palliazione-Radioterapia, con la presenza del medico Palliativista e del medico Radio-Oncologo, dedicato ai pazienti con malattie oncologiche avanzate, che spesso necessitano di eseguire trattamenti radianti a scopo palliativo o di controllo locale prolungato e di monitorare periodicamente la terapia del dolore.

CONCLUSIONI: Contiamo per la data del Congresso SICP 2025 di poter presentare un campione più cospicuo di pazienti con relativo follow-up relativo alla risposta antalgica e quindi al miglioramento della qualità della vita.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

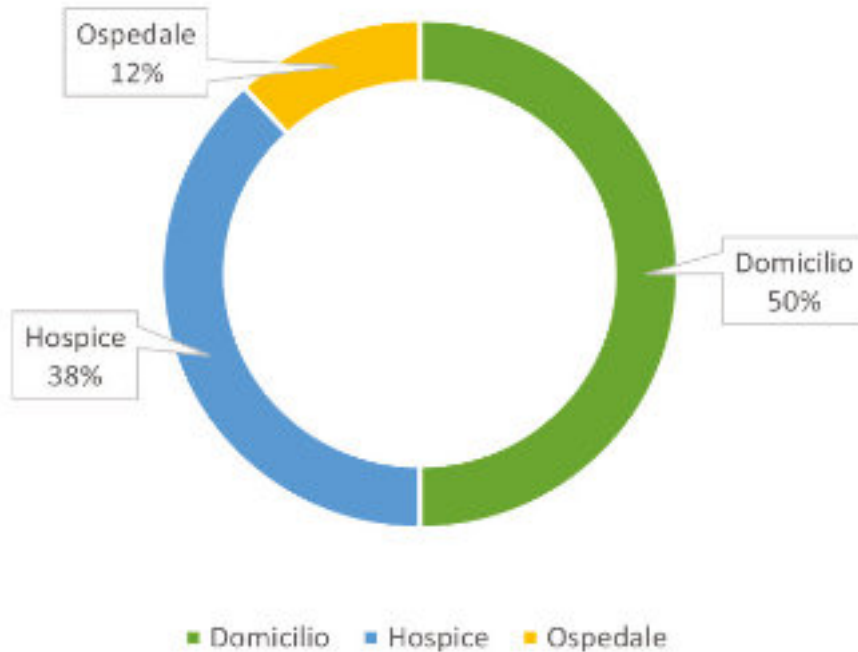


AMBULATORIO DI CURE SIMULTANEE 2 ANNI DOPO: POSSIAMO INCIDERE IN MODO SIGNIFICATIVO SULLE TRAIETTORIE E SUL LUOGO DI CURA E FINE VITA?

Irene Guglieri ¹, Manuela Donelli ², Marina Bergaglio ¹, Antonella La Camera ³, Flavio Fusco ², Paola Adriana Taveggia ¹

¹ SC Oncologia ASL3, Genova, Italia, ² SC Cure Palliative Area Metropolitana ASL3, Genova, Italia, ³ SC Professioni Sanitarie, Genova, Italia

SCOPO: Lo scopo del progetto è quello di ottimizzare la presa in carico del malato e di definire il setting di cura più appropriato e personalizzato, in relazione alle caratteristiche legate al tipo di tumore, ai trattamenti attivi, alle necessità individuali, familiari/sociali o del caregiver.



METODO: Istituzione di un ambulatorio di cure simultanee che vede la partecipazione congiunta di medico palliativista, oncologo, psiconcologo, infermiere case manager.

Reclutamento dei pazienti in fase avanzata e trattamento attivo attraverso la somministrazione di screening di un questionario standardizzato, il "Termometro del Distress", da parte degli infermieri del dh oncologico e successivamente eventuale invio da parte del medico oncologo di riferimento.

Valutazione dei bisogni specifici dei pazienti e conseguente risposta ai bisogni rilevati.

RISULTATI: Sono stati presi in considerazione i dati relativi al biennio 2023-2024.

Le visite ambulatoriali effettuate sono state complessivamente 392, e i pazienti valutati nell'ambito del servizio sono stati 141.

Per quanto riguarda gli accessi al Pronto Soccorso o i ricoveri ospedalieri, si sono registrati 9 casi, corrispondenti al 7% del totale dei pazienti valutati.

Il tempo medio trascorso tra il primo accesso alle cure simultanee e l'attivazione delle cure domiciliari è stato di 72 giorni. Inoltre, il 25% dei pazienti seguiti dalle cure simultanee è poi stato preso in carico anche dalle cure domiciliari.

Analizzando i luoghi di decesso, si osserva che il 12% dei pazienti è deceduto in ospedale, mentre il 38% ha trascorso gli ultimi giorni in hospice. Infine, il 50% dei pazienti è deceduto presso il proprio domicilio.

CONCLUSIONI: La realizzazione di questo progetto ha portato a:

- 1) Miglioramento dell'accesso all'ambulatorio delle cure simultanee e facilitazione della presa in carico successiva (là dove si fosse ritenuto necessario) alle cure domiciliari.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- 2) Ottimizzazione dei risultati clinici: i pazienti presi in carico alle cure simultanee hanno ottenuto risultati clinici ottimali, poiché hanno potuto iniziare tempestivamente terapie di supporto (antidolorifici, psicoterapia, terapie complementari etc...)
- 3) Riduzione degli accessi al Pronto Soccorso e dei ricoveri ospedalieri: i pazienti sono rimasti al proprio domicilio grazie alla costante presenza di una o più figure di riferimento durante l'intero percorso terapeutico, anche in caso di eventi avversi o tossicità.

In sintesi, i pazienti hanno apprezzato la possibilità di gestire i trattamenti di supporto direttamente a domicilio, quando necessario, per poi tornare in day hospital una volta risolta la fase critica. Inoltre, sia i pazienti che i caregivers hanno affrontato il periodo di fine vita con la serenità di sapere di non essere soli in un momento tanto difficile. Questo ha permesso loro di scegliere liberamente dove trascorrere gli ultimi giorni di vita, con un supporto che ha rispettato le loro necessità emotive e desideri personali.

BIBLIOGRAFIA:

- Position paper of the Italian Association of Medical Oncology on early palliative care in oncology practice (Simultaneous Care). Zagonel V. et al. Tumori 103:9-14, 2017.
- Integration of Palliative Care into Standard Oncology care: American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline Update. Ferrell BR et al. J Clin Oncol 34, 2016. DOI: 10.1200/JCO.2016.70.1474
- Indicators of integration of oncology and palliative care programs: an international consensus. Hui D. et al. Ann Oncol 26: 1953-59, 2015.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'OPERATORE SOCIO SANITARIO IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI COME STRATEGIA DI SUPPORTO ASSISTENZIALE DI FRONTE ALLE SFIDE DEMOGRAFICHE DELLA SOCIETÀ

Elisa Foglia¹, Luca Marinone¹

¹ASLBI, Ponderano, Italia

SCOPO: Durante fasi avanzate di patologie a prognosi infausta, i bisogni assistenziali e la necessità di cure alla persona, così come il supporto ai familiari, si intensificano in modo rilevante. La difficoltà di non riuscire a mantenere la persona assistita al domicilio nelle fasi finali della vita è sempre più presente nella nostra realtà, in quanto il caregiver, spesso rappresentato da familiari anziani e fragili, vive una situazione talmente complessa da non riuscire, talvolta, a farvi fronte da solo. Pertanto la multiprofessionalità di una équipe di Cure Palliative è un elemento fondamentale per sostenere il nucleo paziente-famiglia al domicilio (1).

In un'équipe di Cure Palliative l'Operatore Socio Sanitario (OSS) riveste un ruolo importante, contribuendo in modo significativo al benessere dei pazienti e delle loro famiglie. Al fine di favorire la continuità assistenziale collabora con le altre figure professionali coinvolte per avere una visione globale della persona, nelle sue componenti socio-psico-fisiche. Offre un supporto essenziale nelle cure di base al malato, sfruttando le sue capacità residue e coinvolgendo, ove possibile, il caregiver e la famiglia, nel rispetto delle volontà e dei valori del paziente. Garantisce un'assistenza personalizzata e umana, fondamentale per migliorare la qualità di vita del nucleo paziente-famiglia.

Da Settembre 2021 ad oggi, all'interno della nostra realtà, grazie alla cooperazione e collaborazione con Enti del Terzo Settore, è in essere il "Progetto OSS in Cure Palliative", che prevede la possibilità di offrire ai pazienti seguiti al domicilio, l'intervento di un OSS adeguatamente formato (2), in grado di fornire un supporto operativo diretto e pratico alle famiglie nella cura del proprio caro.

Lo scopo di questo lavoro è descrivere la nostra esperienza riguardo ad una équipe multiprofessionale di Cure Palliative domiciliari, caratterizzata dalla costante presenza di un OSS.

METODO: La modalità assistenziale utilizzata dagli infermieri è quella del Primary Nursing, pertanto il coordinatore e/o l'infermiere rilevano il bisogno di supporto OSS durante il colloquio iniziale con i familiari oppure, in corso di assistenza domiciliare, viene rilevato e segnalato dall'infermiere primary.

Generalmente entro le 48 ore dal colloquio, l'OSS prende in cura la persona assistita attraverso una pianificazione delle visite e la supervisione da parte dell'infermiere primary.

L'OSS è presente nell'attività del Servizio per 20 ore a settimana, collaborando e confrontandosi costantemente con gli altri membri dell'équipe di cura, rappresentati da medici ed infermieri dedicati e psicologa.

L'OSS partecipa alle riunioni settimanali dell'équipe di Cure Palliative, così da essere parte attiva alla discussione delle storie cliniche. Quotidianamente si confronta con gli infermieri primary al fine di monitorare insieme l'assistenza, adeguando gli interventi agli eventuali cambiamenti della fase di malattia (3).

Viene qui presentata un'analisi dei dati del triennio 2022, 2023 e 2024. Le fonti sono: report aziendali bimestrali sull'attività dell'OSS in Cure Palliative domiciliari, flusso informativo regionale FARSIADRP, sistema informativo clinico Netcare Healthware.

RISULTATI: Nel triennio esaminato, l'OSS ha effettuato 2285 visite domiciliari, con una media annua di 761 visite. Ogni giorno vengono garantite una media di 3 visite della durata di circa 70 minuti l'una.

Sono stati assistiti dall'OSS una media di 70 pazienti/anno. Il totale dei malati presi in carico al domicilio dalla SS Cure Palliative è in media 234 pazienti/anno.

Circa il 65% dei pazienti assistiti dall'OSS ha una sopravvivenza inferiore ai 2 mesi e la mediana della durata dell'assistenza domiciliare è di 15 giorni.

L'assistenza erogata dall'équipe è estesa a tutti i 74 comuni della provincia, non sempre agevolmente raggiungibili per le caratteristiche orografiche del territorio.

La sede del decesso di tutte le persone prese in carico con bisogni di cure palliative specialistiche è nell'1% dei casi l'ospedale e nel 99% dei casi un ambiente extra-ospedaliero (37% abitazione, 13% RSA, 49% hospice).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Per il 30% delle persone assistite in Cure Palliative specialistiche domiciliari è stato attivato il "Progetto OSS".

L'equipe multiprofessionale di Cure Palliative specialistiche domiciliari, con la costante presenza di un OSS al suo interno, ha permesso al 37% dei pazienti con bisogni complessi di morire presso la propria abitazione. Inoltre, si evidenzia che solo l'1% di tutte le persone assistite ha concluso la propria vita in ambiente ospedaliero.

Questi risultati sono rilevanti se consideriamo che la nostra provincia ha visto un aumento significativo dell'indice di vecchiaia e dell'indice di dipendenza degli anziani (4). Il primo nel 2024 ha raggiunto il 306,1, valore più alto tra le province piemontesi (in Italia il valore medio è 199,8). Il secondo nel 2024 ha raggiunto il 49,9 (in Italia il valore medio è 38,3), diventando una delle province con il valore più elevato, con una conseguente crescente pressione sui servizi sociali e sanitari.

Va inoltre considerato che il numero di posti letto hospice individuato dalla regione per il territorio di competenza è pari a 17, ma al momento è di 10. Pertanto, oltre a sostenere le RSA del territorio con adeguate strategie di addestramento sul campo per gli operatori sanitari, all'interno di un programma di cure palliative specialistiche, è evidente la necessità di trovare soluzioni operative atte a favorire cure palliative specialistiche al domicilio.

Grazie anche a questo progetto, la multiprofessionalità offerta rende possibile sostenere l'assistenza a domicilio per quei pazienti che vivono in contesti di fragilità familiare, con bisogni assistenziali troppo complessi per il caregiver, garantendoci il rispetto delle volontà della persona assistita ed evitando accessi impropri in ospedale.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Legge 38 del 2010
- (2) Le core-competencies dell'operatore socio-sanitario in cure palliative. L. Bono, M. Costantini, 2013
- (3) La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle cure palliative. S. Veronese, RICP 2020; 22(3):147-158 ha c
- (4) Osservatorio Territoriale del Biellese, IV rapporto annuale 2024



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

ANALISI DELL'EFFICACIA MULTIMODALE ED INTEGRATA DEGLI INTERVENTI MUSICALI: UNA META-ANALISI DEGLI EFFETTI CLINICI E BIOMOLECOLARI IN CURE PALLIATIVE

Antonio Diroma¹, Karina Hinojosa², Anna Buttazzoni², Patrizia Ginobbi¹, Italo Penco¹, Raffaella Antonione²

¹ Fondazione Sanità e Ricerca- Centro per le cure palliative e non autosufficienze - Via Poerio 100, Roma, Italia, ² Università degli studi di Trieste, Trieste, Italia

SCOPO: Le cure palliative mirano a fornire un'assistenza olistica ai pazienti con malattie croniche od oncologiche avanzate, non limitandosi alla gestione del dolore e dei sintomi, ma intervenendo anche sulle dimensioni emotive, spirituali e relazionali. In questo contesto, la musicoterapia emerge come un intervento non farmacologico ben tollerato, dimostrando effetti benefici sia a livello clinico che biologico. Studi recenti evidenziano che gli interventi musicali riducono il dolore, l'ansia e migliorano la qualità della vita, agendo su percorsi neuroendocrini, autonomici e immunitari.

L'obiettivo della presente meta-analisi è stato quello di valutare: l'efficacia degli interventi musicali sulla sintomatologia clinica (dolore, ansia, qualità della vita) e sui biomarcatori fisiologici; i meccanismi d'azione multimodali sottostanti, quali la modulazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il rilascio di citochine; l'applicabilità e i vantaggi di interventi personalizzati in contesti di cure palliative.



METODO: Sono stati analizzati complessivamente 38 studi, di cui 6 focalizzati sui pazienti in cure palliative ($n = 386$) e 32 che hanno esaminato gli effetti degli interventi musicali sui biomarcatori ($n = 1876$). Gli effect size sono stati calcolati con modelli a effetti casuali, mentre l'eterogeneità è stata valutata mediante il test I^2 e il bias di pubblicazione tramite funnel plot, seguendo le linee guida PRISMA 2020. Le stringhe di ricerca utilizzando i termini Mesh sono state (Music Therapy) AND Palliative Care (Music) AND Biomarkers, hanno permesso di identificare studi che misuravano gli effetti del trattamento sia su scale cliniche (VAS, NRS, STAI) sia su biomarcatori (cortisolo, IL-6, TNF-alfa, alfa-amilasi, HRV).

RISULTATI: I risultati evidenziano che gli interventi musicali in cure palliative portano ad un effect size complessivo di 0.70 (95%CI: 0.63–0.77) con riduzioni significative del dolore ($ES = 0.71$) e dell'ansia ($ES = 0.75$) e miglioramenti nella qualità della vita ($ES = 0.65$). A livello biomolecolare, l'ascolto di musica è associato a una diminuzione del cortisolo ($g = -0.43$), a una riduzione dell'IL-6 ($g = -0.36$) e del TNF-alfa ($g = -0.28$), oltre a un aumento della variabilità della frequenza cardiaca ($g = 0.38$). Questi effetti sono maggiormente accentuati quando l'intervento viene personalizzato, scegliendo musica familiare e coinvolgendo attivamente anche i familiari. La nostra analisi supporta un modello multimodale in cui la musica agisce sinergicamente su sistemi neuroendocrini, autonomici ed immunitari. La riduzione del cortisolo indica una modulazione efficace dell'asse HPA, mentre l'incremento dell'HRV suggerisce un potenziamento dell'attività parasimpatica, fondamentale per il rilassamento fisiologico. Inoltre, la

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

diminuzione delle citochine pro-infiammatorie dimostra che la musicoterapia possa contribuire alla riduzione dello stress infiammatorio, generando un beneficio complessivo sul benessere.

CONCLUSIONI: In conclusione, le evidenze raccolte confermano come la musicoterapia rappresenti un intervento complementare efficace nelle cure palliative, capace di migliorare sintomi clinici e stati biologici correlati allo stress. L'approccio personalizzato emerge come elemento chiave nel massimizzare i benefici, rafforzando l'importanza di integrare la musicoterapia nei programmi di assistenza palliativa. Questi risultati, supportati da dati numerici rigorosi, rafforzano la scientificità degli interventi musicali e sollecitano futuri studi per standardizzare i protocolli e valutare gli effetti a lungo termine.

BIBLIOGRAFIA:

Osareme – DOI: 10.30574/jsra.2024.11.1.0067
Coelho – DOI: 10.11124/JBISRIIR-2016-003204
Nyashanu – DOI: 10.1017/S1478951520001042
Pérez-Eizaguirre – DOI: 10.1177/0825859720957803
Goel – DOI: 10.1177/10499091211011708
Rasing – DOI: 10.3390/brainsci12040485
Aruda – DOI: 10.1089/jpm.2015.0528
Thoma – DOI: 10.1371/journal.pone.0070156
Nguyen – DOI: 10.1007/s00520-022-06881-2
Sun – DOI: 10.1136/bmjopen-2022-067360
Beretta – DOI: 10.1726/3068.30607
Saunders – DOI: 10.1016/S0738-3991(00)00110-5
Penco – DOI: 10.1726/3439.34274
Briggs – DOI: 10.1016/j.berh.2020.101549
Jarzebski – DOI: 10.1038/s42949-021-00023-z
Zatorre – DOI: 10.1073/pnas.1301228110
Lee – DOI: 10.1093/jmt/thw012
Garza-Villarreal – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.xxx
Bradt – DOI: 10.1177/104990912110xxx
Aalbers – DOI: 10.1002/14651858.CD004517.pub3
Jespersen – DOI: 10.1002/14651858.CD010459.pub3
De Witte – DOI: 10.1080/17437199.2019.1627897
Bradt – DOI: 10.1177/0269216316635387
González-Martín-Moreno – DOI: 10.3390/children8020073
Ref58 – DOI: 10.3390/children8020073
Koehler – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2021.xxxx
Warth – DOI: 10.1186/s12904-019-0397-6
Stegemöller – DOI: 10.1093/jmt/thu023
Masko – DOI: 10.1093/jmt/thw009
Gutgsell – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008
Burns – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.022
Potvin – DOI: 10.1093/mtp/miu040
Balasubramanian – DOI: 10.1016/j.bspc.2018.01.015
Juslin – DOI: 10.3389/fpsyg.2013.00596
Juslin – DOI: 10.1016/j.plev.2013.05.008
Wong – DOI: 10.1093/jmt/thab003
Safman – DOI: 10.1177/20592043221135808
Giordano – DOI: 10.1016/j.aip.2020.101688
Fancourt – DOI: 10.1371/journal.pone.0151136
McEwen – DOI: 10.1177/2470547017692328
Thoma – DOI: 10.1371/journal.pone.0070156
Shaffer – DOI: 10.3389/fpubh.2017.00258
Nilsson – DOI: 10.1111/j.1365-2702.2008.02718.x
Hunter – DOI: 10.1038/hi.3153
Chanda – DOI: 10.1016/j.tics.2013.02.007

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Brenner – DOI: 10.1038/hri3834
 Koelsch – DOI: 10.1038/srep23008
 MacDonald – DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20635
 Koelsch – DOI: 10.1038/hm3666
 MacDonald – DOI: 10.3402/qhw.v8i0.20635
 Janata – DOI: 10.1080/09658210701734593
 Raglio – DOI: 10.1097/WAD.0b013e3181630b6f
 Koelsch – DOI: 10.1038/hm3666
 Salimpoor – DOI: 10.1126/science.1231059
 Lehrer – DOI: 10.3389/psyg.2014.00756
 Ellis – DOI: 10.1525/mp.2010.27.4.317
 Dantzer – DOI: 10.1038/hm2297
 Bittman – DOI: 10.1016/j.altmed.2001.xxxx
 Barabási – DOI: 10.1038/hrg2918
 Dossett – DOI: 10.1056/NEJMp1917461
 Nyashanu – DOI: 10.1017/S1478951520001042
 Perusinghe – DOI: 10.1089/jpm.2020.0659
 Bissonnette – DOI: 10.1136/bmjspcare-2022-003551
 Huda – DOI: 10.1016/j.soncn.2023.151481
 Kammin – DOI: 10.1177/02692163241230664
 Freeman – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2024.07.024
 McConnell – DOI: 10.1177/0269216316635387
 Warth – DOI: 10.3238/arztebl.2015.0788
 Bradt – DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3
 Archie – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.xxxx
 Teunissen – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
 Loewy – DOI: 10.2147/NSS.S194938
 Home-Thompson – DOI: 10.1089/jpm.2007.0193
 Gutgsell – DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008
 Magill – DOI: 10.1017/S1478951509000121
 Porter – DOI: 10.1186/s12904-017-0253-5
 Lindenfelser – DOI: 10.1177/1049909111429327
 O'Callaghan – DOI: 10.1080/07481187.2011.617488
 Bradt – DOI: 10.1002/14651858.CD006911.pub3
 Bradt – DOI: 10.1002/14651858.CD006902.pub3
 Clements-Cortés – DOI: 10.1016/j.ctcp.2015.04.004
 McConnell – DOI: 10.1177/0269216316635387
 Kordovan – DOI: 10.1089/jpm.2015.0384
 Romo – DOI: 10.1097/NJH.0000000000000060
 Hense – DOI: 10.1093/mtp/miy013
 Radbruch – DOI: 10.1007/s00484-009-0030-5
 Bowers – DOI: 10.1097/NJH.0000000000000060
 O'Kelly – DOI: 10.1177/0269216307077207



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



EVOLUZIONE DELLA PRESA IN CARICO CONDIVISA DEL MINORE IN CURE PALLIATIVE CON PATOLOGIA ONCOLOGICA

Marco Bolognani¹, Linda Meneghello², Cristina Dolci³, Gloria Giustozzi³, Isabella Scolari⁴, Katia Rocchetti⁵, Martina Biondi⁶, Francesca Uez⁶

¹SSD Cure Palliative Pediatriche APSS, Trento, Italia, ²SSOncematologia Pediatrica APS, Trento, Italia, ³UO Pediatria APSS, Trento, Italia, ⁴UOPsicologia APSS, Trento, Italia, ⁵UONPI APSS, Trento, Italia, ⁶UOCure Primarie, Trento, Italia

SCOPO: Le cure palliative (CP) precoci per i pazienti oncologici pediatrici stanno guadagnando importanza e attenzione nella letteratura e nella pratica clinica. Barriere percepite e reali continuano a impedire l'integrazione precoce delle CP con le cure oncologiche per questi bambini. Lo scopo del presente studio è quello di descrivere i risultati di un modello di integrazione tra servizi di oncematologia pediatrica e cure palliative pediatriche (CPP).

METODO: Analisi retrospettiva delle cartelle cliniche dei minori con patologia oncologica in carico alla rete regionale di oncologia pediatrica tra settembre 2017 e dicembre 2024.

RISULTATI: Nel periodo di studio analizzato sono stati presi in carico dal servizio di oncematologia pediatrica 110 minori. Di questi il 26% era affetto da tumori del sistema nervoso centrale, il 17% da linfomi, il 30% da leucemie e il 27% da tumori solidi. Il 22% del totale (24 pazienti) sono stati indirizzati alle CPP per gestione domiciliare di procedure e presidi, sintomi disturbanti e assistenza nel fine vita. Il gruppo segnalato alle CPP è rappresentato per il 67% da pazienti con patologia neuro-oncologia, per il 5% da linfomi e leucemie e per il 28% da tumori solidi. Il tempo di attivazione delle CPP è variato da 0 a 60 mesi dalla diagnosi o dalla recidiva, con una mediana di 3 mesi. La durata media della gestione congiunta con le CPP è stata di circa 7 mesi (6 mesi SD). Dei 110 pazienti 22 sono deceduti nel periodo in esame, 17 di essi erano in carico alle CPP, mentre per i restanti 5 bambini con patologia oncologica deceduti nel periodo di studio non erano state attivate le CPP. Dei 17 in carico alle CPP il decesso è avvenuto al domicilio nel 70.5% dei casi; nel 100% dei casi il luogo del decesso è stato quello scelto dal minore e/o dalla famiglia.

CONCLUSIONI: Questi primi risultati evidenziano la reale possibilità di integrazione precoce delle CPP, anche per periodi prolungati di trattamento attivo. Aprono inoltre l'interesse ad un'indagine di tipo qualitativo sull'efficacia di questo modello in termini di miglioramento della qualità di vita nonché ad un approfondimento dei fattori favorevoli o ostacolanti l'attivazione precoce delle CPP nel paziente oncologico pediatrico.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

COLLABORAZIONE TRA LE EQUIPE DI CURE PALLIATIVE E DI DIALISI PERITONEALE: ESPERIENZA IN UN CASO DI ASSISTENZA DOMICILIARE

Antonio Casatta¹, Daniela Pogliani¹, Andrea Galassi¹, Maria Carmen Toia¹

¹Ospedale G. Salvini - ASST Rhodense, Garbagnate Milanese (Mi), Italia

SCOPO: Nell'aprile 2024 la presa in carico domiciliare di un malato nefropatico ha avviato una stretta collaborazione tra il servizio di cure palliative domiciliari e l'equipe di dialisi peritoneale che aveva in cura il paziente. Lo scopo di questo lavoro è presentare il percorso di clinico assistenziale del paziente alla luce della collaborazione tra le due equipe.

METODO: La dialisi peritoneale è una metodica dialitica intra corporea che sfrutta il peritoneo come membrana dializzante: la metodica utilizzata nel caso descritto - Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis (CAPD) - consiste nel riempire l'addome (spazio intraperitoneale), attraverso un apposito catetere a dimora, con una soluzione sterile dializzante ad alta concentrazione di glucosio e scaricarlo dopo alcune ore {1}. La CAPD sfrutta la differenza di concentrazione dei soluti tra l'acqua corporea e la soluzione dializzante così come l'osmolarità di tale liquido. Previa istruzione del caregiver sulla gestione operativa degli scambi di dialisi, permette al malato di eseguire la seduta dialitica al proprio domicilio, riducendo gli accessi ospedalieri.

L'attivazione delle cure palliative domiciliari è avvenuta sulla base dei criteri proposti dalle due società - Società Italiana di Nefrologia (SIN) e Società Italiana di Cure Palliative (SICP) - in un documento scritto congiuntamente nel 2015. Il documento intersocietario SIN-SICP {2} ha posto le basi per l'applicazione della legge 38/2010 {3} ed in particolare per l'accesso alle cure palliative anche per i malati affetti da insufficienza renale terminale in dialisi, riassumendo i criteri prognostici e suggerendo un percorso condiviso di presa in carico dei pazienti (cosiddette simultaneous care).

In tale contesto si definisce dialisi di "supporto" o "palliativa" un trattamento dialitico ex novo o rimodulato (dialisi decrementale), prescritto quando gli obiettivi di cura dell'insufficienza renale terminale diventano non più la riabilitazione, bensì il controllo dei sintomi e la minimizzazione dell'impatto della dialisi stessa nelle ultime fasi di vita del malato {4}.

RISULTATI: Il paziente, un uomo di 87 anni, era affetto da insufficienza renale cronica in verosimile pielonefrite cronica da nefrolitiasi recidivante, inoltre si trattava di soggetto portatore di monorene funzionale destro in rene sinistro grinzoso.

In anamnesi veniva segnalata: ipertensione arteriosa, anemia, politrasfusa, esiti di ischemia cerebrale, esiti di gastrectomia parziale per ulcera, esofago di Barrett, diverticolosi del colon, pregressa frattura di femore sinistro, ipertrofia prostatica benigna trattata chirurgicamente.

Il paziente era in dialisi peritoneale incrementale da giugno 2019 (monoscambio CAPD); a marzo 2021, per peggioramento degli indici di ritenzione azotata, venivano incrementati gli scambi a due al giorno.

Negli anni successivi il paziente veniva ricoverato per una peritonite, poi per una polmonite ed infine veniva diagnosticata un'insufficienza aortica di grado severo, con ectasia del bulbo e dell'aorta ascendente, non suscettibile di trattamento chirurgico, a cui si associava fibrillazione atriale.

Ad aprile 2024 il paziente veniva ricoverato presso l'Unità Operativa di Nefrologia e Dialisi per ulteriore scadimento delle condizioni generali: veniva dimesso, concordando la presa in carico in simultaneous care, con diagnosi di sindrome cardio-renale end stage.

Il giorno della dimissione, preso in carico dall'equipe di cure palliative domiciliari, si documentavano astenia e cachessia, associate a calo ponderale; a casa era accudito dalla moglie, caregiver istruita ed esperta nella procedura di dialisi peritoneale. Nei primi giorni si ottimizzava la terapia del dolore e si impostava terapia antiemetica sottocute 3 volte/di per la gestione della nausea. Inoltre, considerato il disagio di effettuare ripetuti prelievi ematici per dosare la terapia anticoagulante orale - peraltro a fronte di scarsa disponibilità di letto venoso - si condivideva con la specialista nefrologa di sospendere warfarin ed intraprendere trattamento con eparina a basso peso molecolare.

A 10 giorni dalla presa in carico, a causa di astenia ingravescente, il palliativista prescriveva terapia steroidea sottocute. La moglie in questi primi giorni aveva acquisito sicurezza nella somministrazione della terapia estemporanea per dolore, dispnea ed insonnia, riconoscendo i sintomi e attenendosi allo schema di terapia condizionata prescritto.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



A 13 giorni dalla presa in carico il paziente cominciava a manifestare episodi frequenti di dispnea, per cui veniva somministrata morfina solfato orale ed ossigenoterapia con beneficio solo temporaneo, inoltre si assisteva a comparsa di edemi declivi agli arti inferiori ma, nell'ipotesi di iniziale scompenso cardiocircolatorio, non trovava indicazione l'utilizzo di terapia diuretica, per presenza di ipotensione sintomatica.

Si esaminavano quindi gli schemi dei bilanci peritoneali compilati quotidianamente dalla moglie che, inviati alla specialista nefrologa per il calcolo dell'ultrafiltrato, permettevano di modificare lo schema dialitico: l'utilizzo di soluzione ipertonica consentiva di aumentare la quota di ultrafiltrato e di ridurre il sovraccarico salino, con miglioramento della dispnea, e riduzione degli edemi declivi.

A 20 giorni dalla presa in carico la situazione generale, in evidente progressivo declino, non presentava sintomi non controllati: si incrementava il cortisonico sottocute e si semplificava la terapia orale in quanto il paziente non era più in grado di assumerla con regolarità.

Nel frattempo, intercorrevano diversi colloqui con i familiari per renderli consapevoli del progressivo aggravamento delle condizioni generali ed informarli dell'evoluzione clinica attesa.

A 22 giorni dalla presa in carico il paziente, avviatosi a terminalità, soporoso e con sintomatologia controllata, cessava di vivere assistito dalla moglie.

CONCLUSIONI: La collaborazione tra le équipe di cure palliative e di dialisi peritoneale ha permesso una gestione specialistica ed integrata del paziente gestito a domicilio.

L'invio dei bilanci peritoneali alla specialista nefrologa e le successive modifiche dello schema dialitico hanno permesso un più efficace controllo dei sintomi manifestati dal paziente, mentre il periodico accesso a domicilio dell'équipe di cure palliative ha permesso un costante monitoraggio della situazione clinica, un tempestivo intervento farmacologico sui sintomi ed il supporto continuativo dell'attività del caregiver nella gestione delle fasi terminali della malattia.

BIBLIOGRAFIA:

1. "CAPD vs. APD", GdP Dialisi Peritoneale, Società Italiana di Nefrologia. Disponibile su:

<https://dialisi-peritoneale.org/2017/07/18/capd-vs-apd/>

2. Documento SIN-SICP, "Le cure palliative nelle persone con malattia renale cronica avanzata". Disponibile su:

<https://www.sicp.it/documenti/sicp/2015/10/le-cure-palliative-nelle-persone-con-malattia-renale-cronica-avanzata-documento-sicp-sin/>

3. "Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, Legge 15 marzo 2010 n. 38" Disponibile su:

<https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp?service=1&datagu=2010-03-19&task=dettaglio&numgu=65&redaz=010G0056&tmstp=1269600292070>

4. M.C. Pinerolo de Septis et al., "La dialisi palliativa e di supporto: stato dell'arte e proposte per una buona pratica clinica", G. Ital. Nefrol. Organo Uff. Della Soc. Ital. Nefrol., vol. 2, 2024. Disponibile su:

<https://giornaleitalianodinefrologia.it/wp-content/uploads/sites/3/2024/03/41-02-2024-02.pdf?x16320>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 02 • ORGANIZZAZIONE

HEALTH TECHNOLOGIES



NUOVA CARTELLA CLINICA ELETTRONICA IN CURE PALLIATIVE: STRUMENTO DI CONDIVISIONE DEL LAVORO D'ÉQUIPE E DI VALUTAZIONE DELLA COMPLESSITÀ DEL PAZIENTE

Gianmaria Brambilla¹, Emanuela Maria Lucchi¹, Filippo Pozzi¹, Antonella Tommasi¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, Italia

SCOPO: Lo scopo di questo lavoro è illustrare il percorso di costruzione di una nuova cartella clinica elettronica (CCE) da parte di un servizio di cure palliative (CP) di Regione Lombardia.

Il riconoscimento precoce del bisogno di CP in un'ampia casistica della popolazione italiana, tenuto conto anche dei cambiamenti epidemiologici cui stiamo assistendo da almeno una decina di anni (1), ha portato anche nel nostro Paese a un'evoluzione graduale dei servizi di CP. Gli stessi necessitano non solo di un'organizzazione flessibile, capace di dare risposte appropriate in termini di competenze e tempestività, ma anche di nuovi strumenti a supporto dei clinici perché, di fronte alla crescente complessità dei pazienti e dei loro contesti di vita, essi possano offrire risposte adeguate evidence-based capaci di rispettare la complessità e i desideri dei pazienti (2-4).

Dalla volontà di migliorare la risposta ai bisogni dei pazienti afferenti alla rete di CP e tenuto conto dell'evoluzione dei sistemi informatici, è nata all'interno del nostro servizio di CP la necessità di costruire ex novo una CCE in continuità con quella già in uso da due decenni.

La soluzione ideale dovrebbe possedere caratteristiche di modularità, flessibilità, adattabilità ed agilità operativa per poter accompagnare i pazienti in diversi momenti della vita (adulto e pediatrico) e in vari setting (ambulatoriale, domiciliare e residenziale) facilitandone la transizione senza, tuttavia, perdere le peculiarità di ogni livello. Infine, in fase di progettazione occorre analizzare, in modo prospettico, il grado di apertura della soluzione ipotizzata alle tecnologie digitali che nei prossimi anni rivoluzioneranno la sanità.

METODO: La realizzazione di una nuova CCE è un processo lungo e complesso che consta di diverse fasi di durata variabile e solo in parte sovrapponibili.

Fase 1. Scelta della software house per la costruzione di una CCE capace di rispondere ai bisogni di un servizio di CP; studio di fattibilità e sostenibilità economica (direzione sanitaria, personale amministrativo e tecnici informatici); definizione del GANTT (circa 13 mesi).

Fase 2. Gruppo di lavoro interdisciplinare (operatori sanitari, di staff e tecnici informatici) per la definizione degli obiettivi della nuova CCE (3 mesi).

Fase 3. Avvio gruppi di lavoro interprofessionali per lo sviluppo in parallelo delle diverse sezioni della CCE (5 mesi). Gli operatori sanitari hanno lavorato a garanzia dei contenuti e dello sguardo multiprofessionale e intersetting con l'obiettivo di mettere in evidenza la complessità peculiare del paziente con bisogni di CP; i professionisti di staff e i tecnici informatici hanno lavorato per garantire accuratezza e tracciabilità del dato nel rispetto della normativa vigente (5,6) e favorire il passaggio di informazioni nella fase di 'transitional care'; i ricercatori hanno lavorato per migliorare la fruibilità dei dati anche ai fini della ricerca scientifica.

Fase 4. Avvio di un gruppo ristretto di professionisti rappresentativi dei diversi setting e professionalità, in stretta collaborazione con il fornitore, per l'integrazione dei dati nelle sezioni della nuova CCE (6 mesi).

Fase 5. Visione d'insieme della CCE e avvio del processo di revisione delle procedure in essere e sulle quali la nuova CCE avrà maggiore impatto (7 mesi).

Fase 6. Formazione di tutti i fruitori della nuova CCE (5 mesi).

Fase 7. Migrazione dei dati dalla CCE in uso a quella nuova (3 mesi).

RISULTATI: Il progetto di sviluppo della nuova CCE all'interno del nostro servizio di CP, durato complessivamente circa 3 anni, ha coinvolto più di 30 persone appartenenti alle diverse direzioni (generale, sociosanitaria, servizi informativi, pianificazione e controllo). Sin dall'inizio la direzione sociosanitaria è stata costantemente aggiornata sull'andamento dei lavori.

Durante la fase 3 sono stati costituiti tre gruppi di lavoro impegnati settimanalmente allo sviluppo di tre macroaree distinte e coordinate da un gruppo ristretto di professionisti con competenze integrate (processo di rendicontazione; CP adulti; CP pediatriche).

Attualmente si è giunti alla fase 5, nel rispetto delle tempistiche che erano state definite in fase 2.

Il go live è previsto per la fine del 2025.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: L'idea di una nuova CCE, in continuità con la precedente, nell'ambito del nostro servizio di CP vuole portare allo sviluppo di uno strumento in grado di raccogliere ed evidenziare i bisogni del paziente in CP, supportandogli operatori nella definizione del progetto individuale e nella realizzazione della pianificazione condivisa delle cure indipendentemente dal setting di presa in carico e garantendo la continuità delle cure nelle fasi di 'transitional care'.

L'impegno del gruppo di lavoro interdisciplinare e multiprofessionale è stato, finora, quello di costruire uno strumento capace di mettere in evidenza, da un lato, la complessità delle persone in carico al servizio di CP e i loro bisogni e, dall'altro, l'importanza del lavoro d'équipe. Il nuovo modello di CCE vuole essere flessibile per poter costruire progetti di cura tailor made e sarà in grado di misurare i diversi outcomes (di processo, di struttura e di esito) attraverso i quali misurare la qualità dell'assistenza erogata e implementare la ricerca in cure palliative.

BIBLIOGRAFIA:

1. Rapporto Annuale ISTAT 2024
2. Hodiomont F, Jünger S, Leidl R, Maier BO, Schildmann E, Bausewein C. Understanding complexity - The palliative care situation as a complex adaptive system. *BMC Health Serv Res.* 2019;19(1):157
3. Veronese S. La versione italiana di OACC: dalla valutazione dei bisogni alla pianificazione delle cure palliative. *Riv It Cure Palliative* 2020;22:147-158
4. Luh JY, Thompson RF, Lin S. Clinical Documentation and Patient Care Using Artificial Intelligence in Radiation Oncology. *J Am Coll Radiol.* 2019;16:1343-1346
5. Regione Lombardia. Manuale del fascicolo di ricovero, ed.3, rev. 01.2021
6. Deliberazione Regione Lombardia n. X/5918 del 28-11-2016 'Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario'.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

DALLA CURA TRADIZIONALE AL SUPPORTO DIGITALE: L'EMPOWERMENT DEL PAZIENTE ONCOLOGICO ATTRAVERSO L'IMPLEMENTAZIONE DI UNA PIATTAFORMA DI COUNSELING INFERMIERISTICO ONLINE

Leyla Tivegna¹, Marianna Rondini², Enrica Cantinotti², Paola Lorenzani², Valeria Baldi², Nora Belloni², Gianluca Petriccioli², Stefano Gambino², Franco Piu Aschele², Carlo Aschele²

¹Benedictus Krankenhaus Tutzing, Tutzing, GERMANY; ²Asl5, La Spezia, Italia

SCOPO: Negli ultimi anni, il progresso tecnologico ha rivoluzionato il settore sanitario, introducendo strumenti digitali innovativi per migliorare l'accesso alle cure e il supporto ai pazienti. In particolar modo, l'implementazione di una piattaforma di counseling infermieristico online rappresenta una risorsa fondamentale per promuovere l'Empowerment del paziente Oncologico. La letteratura scientifica evidenzia come un paziente più informato e coinvolto nel proprio percorso terapeutico sviluppi una maggiore aderenza ai trattamenti e, di conseguenza, una migliore qualità di vita. L'accesso a informazioni affidabili e ad un supporto continuativo aiuta a ridurre l'ansia, migliorare la gestione della malattia e favorire il benessere psicosociale e spirituale del paziente. Tuttavia, il counseling infermieristico tradizionale presenta limiti oggettivi, come vincoli di tempo e distanza geografica, che possono rendere difficile per i pazienti accedere a questo tipo di supporto. In questo contesto, gli strumenti digitali rappresentano un'opportunità straordinaria, poiché eliminano le barriere fisiche e garantiscono un canale di comunicazione diretto ed efficace tra il paziente e l'équipe infermieristica. L'uso di una piattaforma online non solo facilita l'accesso alle informazioni necessarie senza restrizioni di orario e luogo, ma contribuisce a ridurre il carico fisico e psicologico del paziente, permettendogli di gestire la malattia in modo più consapevole e autonomo. L'obiettivo principale della piattaforma online di counseling infermieristico per il paziente oncologico è garantire un supporto continuo, accessibile e personalizzato a chi affronta un percorso di cura complesso e spesso destabilizzante. In particolare, la piattaforma si propone di migliorare la qualità di vita del paziente oncologico offrendo un riferimento costante per il supporto infermieristico, sia sul piano fisico che psicologico. La mission infermieristica è quella di garantire una continuità assistenziale efficace e tempestiva con un canale di comunicazione diretta infermiere-paziente e paziente-paziente, cercando quindi di ridurre il ricorso improprio alle strutture sanitarie. Il tutto, oltre ad essere un forte supporto psicologico per il paziente e i suoi cari, a sostegno di una gestione autonoma e consapevole della malattia, poiché il paziente e i caregiver vengono educati, sulle strategie di autocura, sugli effetti collaterali e su come affrontare i sintomi più comuni, grazie alla sezione di "Articoli scientifici" inserita nella pagina principale della piattaforma. Infine, la piattaforma vuole essere uno strumento innovativo di assistenza digitale, capace di migliorare l'esperienza del percorso di malattia del paziente oncologico e ottimizzare il lavoro dei professionisti sanitari, promuovendo un modello di cura più umano, accessibile ed efficiente.

METODO: Lo studio prevede un approccio misto, combinando metodi qualitativi e quantitativi, al fine di valutare l'efficacia di una piattaforma di counseling infermieristico online nel promuovere l'empowerment dei pazienti oncologici. Il primo passo è stato fornire ai pazienti afferenti alla Struttura Complessa di Oncologia una brochure informativa sul tema del counseling infermieristico, con la finalità di introdurre e spiegare tale concetto, in seguito, allo stesso campione di pazienti è stato somministrato un questionario autoprodotti in modo da ottenere un feedback immediato. Questo strumento ha permesso di raccogliere dati sulle conoscenze pregresse dei pazienti riguardo al counseling infermieristico, sulle loro esigenze specifiche e sulle loro aspettative rispetto a un eventuale servizio online. Sulla base dei risultati emersi è stata sviluppata una piattaforma online con il supporto di esperti informatici. La piattaforma è stata progettata in modo da rispondere alle richieste e alle necessità espresse dai pazienti, integrando contenuti e funzionalità ritenuti fondamentali per garantire un supporto efficace e mirato.

RISULTATI: Hanno partecipato al questionario 102 pazienti. Dal punto di vista demografico, il campione analizzato è composto principalmente da pazienti con un'età superiore ai 65 anni (57%), con una leggera prevalenza di donne (53% di sesso femminile e il 47% di sesso maschile). L'analisi dei dati raccolti ha evidenziato alcuni risultati significativi: l'80% dei pazienti non aveva mai sentito parlare di counseling infermieristico. Il 95% dei pazienti non aveva mai partecipato ad un incontro di counseling tradizionale, ed il 5% che vi ha preso parte lo ha ritenuto utile al 100%. Il 99% dei pazienti ha ritenuto utile l'implementazione di una piattaforma online dedicata al counseling infermieristico. Tra i contenuti più importanti, il 41% dei



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



pazienti ha indicato la necessità di avere accesso ad articoli scientifici affidabili ed aggiornati. L'aspettativa principale espressa dai pazienti riguarda il supporto psicologico, indicato dal 42% del campione come la funzione più desiderata all'interno della piattaforma.

CONCLUSIONI: Questi dati evidenziano come il counseling infermieristico sia ancora poco conosciuto tra i pazienti oncologici, ed al contempo sottolineano un forte interesse verso l'implementazione di strumenti digitali che possano facilitare l'accesso alle informazioni e al supporto psicologico. Alla luce dei risultati ottenuti, emerge con chiarezza la necessità di implementare una piattaforma online che permetta ai pazienti oncologici di interagire meglio sia con l'équipe sanitaria in senso più ampio, sia con altri pazienti che hanno vissuto un percorso di cura simile. La totalità dei pazienti intervistati ha espresso un'opinione favorevole riguardo l'utilità di un servizio di counseling infermieristico digitale, ritenendolo uno strumento efficace per colmare il divario informativo e per ricevere un supporto costante e personalizzato. La possibilità di accedere a contenuti scientifici, di ricevere supporto psicologico e di entrare in contatto con professionisti sanitari ed altri pazienti rappresenta un valore aggiunto che potrebbe migliorare significativamente la qualità di vita di chi affronta un percorso oncologico. Inoltre, i dati raccolti presso la Struttura Complessa di Oncologia risultano allineati con la letteratura scientifica sull'argomento, confermando che l'utilizzo di strumenti digitali può avere un impatto positivo sul self-empowerment del paziente oncologico. Tale approccio può rappresentare un cambiamento significativo nel modo in cui i pazienti oncologici ricevono supporto, contribuendo a una gestione più consapevole della malattia e ad un miglioramento del benessere complessivo.

BIBLIOGRAFIA: Advancing Oncology Nursing Practice Through the Adoption of Patient Monitoring Digital Tools. M Wilson et al. Semin Oncol Nurs; 2020
Interactive digital tools to support empowerment of people with cancer: a systematic literature review. Tuominen L et al. Supportive Care in Cancer; 2024
Digitally-Enabled Remote Care for Cancer Patients: Here to Stay. Kaye R et al. Semin Oncol Nurs; 2020
Why people with and beyond cancer use the internet. Holmes MM. Integr Cancer Ther; 2019



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PROGETTI DI TELEMEDICINA NELLA RETE DI CURE PALLIATIVE

Andrea D'Alele¹, Mariano Flocio¹, Monica Mazzocchi¹

¹ASREMAzienda Sanitaria Regione Molise, Larino, Italia

SCOPO: La rilevanza della Telemedicina e il suo impatto sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale. La Comunicazione della commissione Europea COM(2008) recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società", emanata dalla Commissione europea il 4 novembre 2008, è finalizzata a sostenere gli Stati membri nella realizzazione, su larga scala, di servizi di Telemedicina attraverso specifiche iniziative. Le esperienze di Telemedicina a livello nazionale, regionale e locale sono molteplici. Con la finalità di valutare e monitorare le applicazioni di Telemedicina, a seguito di apposita convenzione stipulata con il Ministero della Salute, ha istituito nel 2007 l'Osservatorio Nazionale e-Care (www.onecare.cup2000.it)



METODO: In regione Molise è presente un'azienda sanitaria A.S.Re.M. ed è prevista un'unica Unità Operativa Semplice a Valenza Dipartimentale (UOSVD) di Cure.

La Regione Molise con DCA n°27 data 17-06-2022 "PNRR - MILESTONE EUM6C1-4: RECEPIMENTO LINEE GUIDA ORGANIZZATIVE CONTENENTI IL MODELLO DIGITALE PER L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE" recepisce le Linee Guida organizzative contenenti il modello digitale per l'attuazione dell'Assistenza domiciliare.

La Regione Molise accetta l'offerta tecnica proposta dal RTI "Home Care Molise" per l'affidamento del servizio delle Cure Domiciliari che presenta il progetto, attraverso un proprio modello attuativo, caratterizzato da elementi di unicità e personalizzazione del servizio a misura delle esigenze e peculiarità della Regione Molise.

Viene istituito un Centro Servizi dedicato sia alle prestazioni di telemonitoraggio dei parametri vitali ed al teleconsulto specialistico di Cure Palliative, così come previste per l'erogazione di ogni singolo PAI, sia a supporto dei servizi interattivi della centrale operativa.

RISULTATI: L'attività passa attraverso la fornitura di un kit presso il domicilio del paziente. Attraverso tale kit le misurazioni possono essere rilevate dal paziente stesso opportunamente formato, se autosufficiente, o da un suo caregiver. I risultati vengono poi trasmessi alla Centro Servizi di Telemedicina dal gateway e resi disponibili ai medici della struttura sanitaria di riferimento attraverso il software web-based di Telemedicina.

Inoltre il kit in dotazione permette l'attività di televisita con il medico palliativista, lo psicologo e la coordinatrice infermieristica.

La televisita è un atto sanitario in cui il professionista interagisce a distanza in tempo reale con il paziente, anche con il supporto di un caregiver.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



La televisita, non può esser mai considerata l'unico mezzo per condurre la relazione operatore sanitario paziente, né può essere considerata in modo automatico sostitutiva della prima visita in presenza. L'operatore sanitario è deputato a decidere in quali situazioni e in che misura la televisita può essere impiegata in favore del paziente, utilizzando anche gli strumenti di telemedicina per le attività di rilevazione, o monitoraggio a distanza, dei parametri biologici e di sorveglianza clinica.

CONCLUSIONI: In Molise da giugno 2024 ad aprile 2025 sono stati arruolati 18 pazienti nel progetto di Telemedicina, tutti hanno ricevuto un Kit ONETOONE, quindi oltre al monitoraggio dei parametri vitali sono state eseguite diverse televisite con gli operatori dell'équipe coinvolti.

I pazienti suscettibili di cure palliative sono persone che necessitano di attenzioni continue e che in genere vorrebbero vivere l'ultimo periodo della loro vita a casa. Le cure palliative garantiscono non solo il sollievo da tutti quei sintomi (come il dolore) che peggiorano la qualità di vita, ma offrono sostegno anche alla famiglia del malato garantendo un aiuto concreto di carattere psicologico e socio-assistenziale.

La telemedicina può supportare molti aspetti della gestione del paziente attraverso il telemonitoraggio e televisita.

Per quanto cerchiamo di essere tempestivi nella soddisfazione dei bisogni, ci siamo resi conto che non possiamo essere sempre ovunque, in qualsiasi momento. E i pazienti, soprattutto quelli in fase terminale che scelgono di continuare le cure a casa, non vogliono essere lasciati soli.

BIBLIOGRAFIA:

- DCA Regione Molise n°27 data 17-06-2022 PNRR- MILESTONE EUM6C1-4. Linee Guida Organizzative Contenti il Modello Digitale per l'attuazione dell'assistenza domiciliare
- DCA n° 99 del 14/06/2024 "PIANO DI PRESA E RESILIENZA (PNRR)- MISSIONE 6 SALUTE- COMPONENTE 1 SUBINVESTIMENTO 1.2.3 Telemedicina per un miglior supporto ai pazienti cronici. Accordo tra la Regione Lombardia e Regione Molise
- Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, Bruxelles, 4 novembre 2008 COM(2008)689
- Parere del Comitato Economico e Sociale Europeo in merito alla Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, 23 dicembre 2009
- Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, concernente l'Agenda digital europea/*COM/2010/0245 def.*/ del 26 agosto 2010
- 6. Linee guida tecniche per lo sviluppo della Telemedicina orientata alle buone pratiche proposte dall'Osservatorio Nazionale e-care

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 02 • ORGANIZZAZIONE

VARIE



PIÙ SI È, MEGLIO È?... APERTURA DI UN AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE

Giuseppe Robustelli¹, Chiara Armano¹, Giulia Viceconti¹, Sara Conte¹, Stefania Caputo¹, Damiana Maurogiovanni¹

¹ASST Sette Laghi di Varese - Università degli Studi dell'Insubria, Varese, Italia

SCOPO: Ampio ed eterogeneo è lo spettro di patologie potenzialmente eleggibili alle Cure Palliative Pediatriche così come è variegato e vasto il campo dei bisogni che innescano e delle modalità di presa in carico necessarie.

La gestione clinica dei bambini affetti da malattie inguaribili in carico alle CPP richiede l'organizzazione di modelli assistenziali che assicurino al bambino e alla sua famiglia un supporto continuo, professionale e competente in ogni fase e setting del percorso di malattia.

In considerazione della prevalenza di bisogno di CPP del nostro territorio (la stima è di circa 150 bambini arruolabili alle CPP specialistiche nella provincia di Varese) abbiamo ritenuto fondamentale proporre un modello aziendale di presa in carico globale dei pazienti candidabili alle CPP, unico modo per rispondere agli obblighi di legge e a quelli morali nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie.

METODO: A seguito di un percorso formativo promosso dalla ASST Sette Laghi di Varese, che ha permesso il conseguimento del Master in Cure Palliative Pediatriche a 6 operatori sanitari (3 medici e 3 infermieri) si è proposta l'apertura di un ambulatorio multidisciplinare in Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore all'interno dell'ospedale Pediatrico F. Del Ponte, polo aziendale di riferimento in ambito materno-infantile. L'equipe di riferimento è composta da Medico Pediatra/Palliativista con formazione in CPP; Infermiere con formazione in CPP; Psicologo e Assistente Sociale.

Per la nostra realtà abbiamo ritenuto fondamentale coinvolgere anche un medico palliativista del Servizio Integrato di Cure Palliative dell'adulto, riconosciuto come specialista del trattamento del dolore e ponte indispensabile per la gestione domiciliare e per il delicato momento della transizione delle cure.

Il vantaggio, inoltre, di sviluppare l'ambulatorio all'interno di una struttura ospedaliera pediatrica permette di avere a supporto del singolo paziente numerosi specialisti quali: Chirurgo Pediatrico, Otorinolaringoiatra, Anestesista, Odontoiatra, Nutrizionista, Logopedista, Fisiatra, Fisioterapista, Neuropsichiatra Infantile.

RISULTATI: I percorsi di segnalazione dei bambini eleggibili alle CPP devono essere il più possibile omogenei e lineari al fine di semplificare le difficoltà legate all'estrema eterogeneità della loro presa in carico territoriale. Al momento attuale, a livello territoriale, la gestione di questi pazienti è infatti spesso pluriframmentata tra più Centri, talora anche extra-regionali. Pertanto, la nostra proposta prevede che la richiesta di presa in carico del bambino venga gestita unicamente da personale sanitario, tramite compilazione di un'apposita scheda di segnalazione (fruibile sul sito Aziendale e previo assenso da parte dei genitori), ed inviata alla mail dedicata all'ambulatorio delle CPP.

Ad ogni segnalazione segue una valutazione dei bisogni clinici/psicologici/sociali del bambino e della famiglia, mediante un incontro dell'Equipe di Valutazione Multidisciplinare (EVM) che includa obbligatoriamente almeno un medico ed un infermiere con formazione in CPP, un assistente sociale dedicato ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) del paziente assieme a tutti i professionisti che hanno un ruolo cruciale nell'inquadramento delle criticità, ruoli e competenze di ciascuno degli attori della rete, definendo così, per ogni singolo caso, il piano assistenziale individualizzato (PAI).

CONCLUSIONI: La nostra, tratta di una proposta iniziale, che ha evidenziato la particolare frammentarietà dell'organizzazione dei servizi territoriali, tra cui il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e la numerosità degli enti erogatori, aspetto che può mettere in discussione la possibilità di un fluido rapporto relazionale e di condivisione tra i diversi componenti del Team ospedale-Team territorio. Non si vuole presentare questo dato come mera criticità: si valuterà nel tempo questa strutturazione, apparentemente così disperiva, possa essere un vantaggio o uno svantaggio. L'obiettivo rimane comunque quello di avviare e mantenere una quanto più stretta possibile collaborazione con gli enti territoriali.

Al momento l'ambulatorio si svolge a cadenza quindicinale. La necessità di avviare questo ambulatorio ad iso-risorse, ha reso complesso il coordinamento delle diverse figure professionali coinvolte. Nonostante le difficoltà riteniamo che la strada della formazione e della interdisciplinarietà sia l'unica percorribile e, che



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



l'apertura dell'ambulatorio rappresenti un passo fondamentale per migliorare la qualità della vita dei bambini affetti da malattie gravi e delle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA:

- Benini et Gangemi; Quaderni acp 2011;18(5): 216-220.
- Benini F., De Tommasi V., De Zen L., Gangemi M., Lazzarin P., Manfredini L., Minetto M., Orzalesi M., (Gruppo di Lavoro Multidisciplinare per lo sviluppo del Core Curriculum in Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche), (2014).
- Benini F., Orzalesi M., Le cure palliative pediatriche oggi: la storia, gli obiettivi e le criticità, Riv It Cure Palliative 2021;23(1):20-26

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ACCESSO AI FARMACI ESSENZIALI, SALUTE PUBBLICA E RIFORMA DEL IDC: DALLA REGOLAZIONE GLOBALE AL CASO ITALIANO

Chiara Rambaldi¹, Simone Cernesi¹

¹ Master's Degree in International Development and Economics, Nottingham, Regno Unito, ² Conv. AUSL Modena, Modena, Italia

SCOPO: Il regime internazionale di controllo delle droghe (IDCR) nasce con un duplice obiettivo: da un lato, limitare l'uso di sostanze psicoattive a scopi esclusivamente medici e scientifici; dall'altro, garantire che tali sostanze siano effettivamente disponibili per questi usi. Tuttavia, nella pratica, il bilanciamento tra questi due mandati si è rivelato fortemente sbilanciato. L'approccio securitario e proibizionista, consolidatosi a partire dal sistema coloniale e rafforzato dalle convenzioni ONU del 1961, 1971 e 1988, ha oscurato l'imperativo sanitario, rendendo l'accesso ai farmaci controllati – come la morfina – estremamente difficoltoso in molte parti del mondo.

Questo squilibrio non è solo un fallimento tecnico, ma una violazione del diritto alla salute riconosciuto a livello internazionale. L'articolo 12 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR) stabilisce il diritto di ogni individuo al più alto standard possibile di salute fisica e mentale. Il Commento Generale n. 14 chiarisce che questo include l'accesso ai medicinali essenziali, tra cui gli analgesici oppiacei per il trattamento del dolore. Inoltre, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, attraverso l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.8, ribadisce l'impegno globale a garantire "la copertura sanitaria universale, compreso l'accesso a medicinali e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili per tutti".

In questo contesto, gli Stati firmatari delle convenzioni ONU – tra cui l'Italia – hanno non solo la facoltà ma anche la responsabilità giuridica e morale di assicurare la disponibilità di questi farmaci. Tuttavia, l'attuale sistema multilaterale di controllo presenta ostacoli strutturali: ogni Stato deve designare un'autorità centrale competente, fornire stime annuali di fabbisogno approvate dall'International Narcotics Control Board (INCB), e rispettare procedure complesse di autorizzazione per l'importazione, la distribuzione e la prescrizione. Tali meccanismi si traducono spesso in ritardi, mancanze di flessibilità nelle emergenze, e una cronica sottostima dei bisogni reali. La conseguenza è una grave sofferenza evitabile, come dimostrano i casi di Haiti e Pakistan, dove l'accesso alla morfina è stato praticamente nullo anche in contesti di disastro umanitario.

METODO: Analisi della normativa e del contesto internazionale.

RISULTATI: L'Italia rappresenta infatti un esempio emblematico di come un Paese possa tentare di armonizzare le proprie politiche interne con gli obblighi internazionali, valorizzando al contempo il diritto alla salute. La Legge 38/2010 è un caso unico in Europa: riconosce espressamente il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e lo inserisce nel quadro dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Essa stabilisce principi chiave come l'equità di accesso, la presa in carico multidisciplinare, la dignità della persona sofferente, e l'informazione completa e trasparente al paziente.

Questa legge dimostra che è possibile declinare a livello nazionale il mandato sanitario dell'IDCR, andando oltre la logica esclusivamente repressiva. Tuttavia, l'attuazione resta frammentaria. Come sottolineato dalla SIAARTI (2023), permangono criticità significative: disomogeneità regionali, carenze nella formazione del personale sanitario, difficoltà prescrittive, e uno scarso coordinamento tra livelli istituzionali.

Nonostante il solido impianto normativo, la cultura del controllo e la paura del 'misuse' continuano a prevalere sulla centralità del paziente e del suo diritto al sollievo dal dolore. Molte di queste criticità potrebbero essere limitate con maggior investimenti nelle cure primarie sia in ambito della terapia del dolore che nell'erogazione delle cure palliative.

Non abbiamo dati di ricerca propri. Tuttavia, a livello globale circa 60 milioni di persone necessitano di cure palliative (25 milioni ogni anno raggiungono la fine della vita) e 18 milioni di persone che muoiono a causa di dolore e angoscia evitabili sono sufficienti a spingere ad una presa di coscienza che anche in Italia è importante che le società scientifiche nazionali si occupino di advocacy e partecipino all'advocacy globale [1].



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Stupisce e rammarica constatare che ad oggi anche nelle società scientifiche nazionali e internazionali dedicate alle cure palliative non ci siano gruppi di lavoro dedicati all'advocacy[2] eppure anche in Italia l'accesso ai farmaci essenziali non è sempre garantito, pensiamo ad esempio al Midazolam che spesso non è disponibile al di fuori del contesto specialistico.

Tema cruciale è l'accessibilità ai farmaci e la prescrizione in termini di safety che spesso non è sufficientemente trattata in termini di formazione e dove anche la medicina generale potrebbe fare la differenza se valorizzata.

CONCLUSIONI: il caso italiano mostra che, pur restando vincolati dalle convenzioni internazionali, gli Stati hanno margini di azione per attuare il diritto alla salute, contribuendo così al riequilibrio dell'IDCR verso un paradigma che metta realmente al centro la dignità, la cura e il benessere delle persone. Il contesto normativo impatta enormemente sulla qualità di vita dei pazienti e dei familiari.

Il tema dell'Advocacy rimane purtroppo poco sviluppato nel contesto italiano e andrebbe promossa una sinergia tra pazienti e operatori sanitari per poter vedere garantito, monitorato e reclamato il diritto di accesso alle cure che nella stessa realtà nazionale è colpevolmente disomogenea.

La strada è tracciata: ora serve il coraggio politico e culturale di percorrerla.

Si auspica quindi la creazione di un gruppo di lavoro in SICPe in EACP che contempli il rapporto con le associazioni, pazienti e professionisti per mantenere una azione di advocacy globale che aiuti ad abolire le iniquità di accesso ai farmaci essenziali e alle cure palliative e che promuova lo sviluppo di comunità compassionevoli.

BIBLIOGRAFIA:

1. Punwasi R, de Kleijn L, Rijkels-Otters JBM, Veen M, Chiarotto A, Koes B. General practitioners' attitudes towards opioids for non-cancer pain: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. 2022 Feb 1;12(2):e054945. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054945. PMID:35105588; PMCID:PMC8808445.

2. Pettus KI, de Lima L. Palliative Care Advocacy: Why Does It Matter? *J Palliat Med*. 2020 Aug;23(8):1009-1012. doi: 10.1089/jpm.2019.0696. Epub 2020 Mar 9. PMID:32155378; PMCID:PMC7404818.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PIÙ SI È, MEGLIO È?... APERTURA DI UN AMBULATORIO MULTIDISCIPLINARE IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE E TERAPIA DEL DOLORE

Giuseppe Robustelli¹, Chiara Armano¹, Giulia Viceconti¹, Sara Conte¹, Stefania Caputo¹, Damiana Maurogiovanni¹

¹ASST Sette Laghi di Varese - Università degli Studi dell'Insubria, Varese, Italia

SCOPO: Ampio ed eterogeneo è lo spettro di patologie potenzialmente eleggibili alle Cure Palliative Pediatriche così come è variegato e vasto il campo dei bisogni che innescano e delle modalità di presa in carico necessarie.

La gestione clinica dei bambini affetti da malattie inguaribili in carico alle CPP richiede l'organizzazione di modelli assistenziali che assicurino al bambino e alla sua famiglia un supporto continuo, professionale e competente in ogni fase e setting del percorso di malattia.

In considerazione della prevalenza di bisogno di CPP del nostro territorio (la stima è di circa 150 bambini arruolabili alle CPP specialistiche nella provincia di Varese) abbiamo ritenuto fondamentale proporre un modello aziendale di presa in carico globale dei pazienti candidabili alle CPP, unico modo per rispondere agli obblighi di legge e a quelli morali nei confronti dei pazienti e delle loro famiglie.

METODO: A seguito di un percorso formativo promosso dalla ASST Sette Laghi di Varese, che ha permesso il conseguimento del Master in Cure Palliative Pediatriche a 6 operatori sanitari (3 medici e 3 infermieri) si è proposta l'apertura di un ambulatorio multidisciplinare in Cure Palliative Pediatriche e Terapia del Dolore all'interno dell'ospedale Pediatrico F. Del Ponte, polo aziendale di riferimento in ambito materno-infantile. L'equipe di riferimento è composta da Medico Pediatra/Palliativista con formazione in CPP; Infermiere con formazione in CPP; Psicologo e Assistente Sociale.

Per la nostra realtà abbiamo ritenuto fondamentale coinvolgere anche un medico palliativista del Servizio Integrato di Cure Palliative dell'adulto, riconosciuto come specialista del trattamento del dolore e ponte indispensabile per la gestione domiciliare e per il delicato momento della transitional care.

Il vantaggio, inoltre, di sviluppare l'ambulatorio all'interno di una struttura ospedaliera pediatrica permette di avere a supporto del singolo paziente numerosi specialisti quali: Chirurgo Pediatrico, Otorinolaringoiatra, Anestesista, Odontoiatra, Nutrizionista, Logopedista, Fisiatra, Fisioterapista, Neuropsichiatra Infantile.

RISULTATI: I percorsi di segnalazione dei bambini eleggibili alle CPP devono essere il più possibile omogenei e lineari al fine di semplificare le difficoltà legate all'estrema eterogeneità della loro presa in carico territoriale. Al momento attuale, a livello territoriale, la gestione di questi pazienti è infatti spesso pluriframmentata tra più Centri, talora anche extra-regionali. Pertanto, la nostra proposta prevede che la richiesta di presa in carico del bambino venga gestita unicamente da personale sanitario, tramite compilazione di un'apposita scheda di segnalazione (fruibile sul sito Aziendale e previo assenso da parte dei genitori), ed inviata alla mail dedicata all'ambulatorio delle CPP.

Ad ogni segnalazione segue una valutazione dei bisogni clinici/psicologici/sociali del bambino e della famiglia, mediante un incontro dell'Equipe di Valutazione Multidisciplinare (EVM) che includa obbligatoriamente almeno un medico ed un infermiere con formazione in CPP, un assistente sociale dedicato ed il Pediatra di Libera Scelta (PLS)/Medico di Medicina Generale (MMG) del paziente assieme a tutti i professionisti che hanno un ruolo cruciale nell'inquadramento delle criticità, ruoli e competenze di ciascuno degli attori della rete, definendo così, per ogni singolo caso, il piano assistenziale individualizzato (PAI).

CONCLUSIONI: La nostra, tratta di una proposta iniziale, che ha evidenziato la particolare frammentarietà dell'organizzazione dei servizi territoriali, tra cui il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), e la numerosità degli enti erogatori, aspetto che può mettere in discussione la possibilità di un fluido rapporto relazionale e di condivisione tra i diversi componenti del Team ospedale-Team territorio. Non si vuole presentare questo dato come mera criticità: si valuterà nel tempo questa strutturazione, apparentemente così disperiva, possa essere un vantaggio o uno svantaggio. L'obiettivo rimane comunque quello di avviare e mantenere una quanto più stretta possibile collaborazione con gli enti territoriali.

Al momento l'ambulatorio si svolge a cadenza quindicinale. La necessità di avviare questo ambulatorio ad iso-risorse, ha reso complesso il coordinamento delle diverse figure professionali coinvolte. Nonostante le difficoltà riteniamo che la strada della formazione e della interdisciplinarietà sia l'unica percorribile e, che



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



l'apertura dell'ambulatorio rappresenti un passo fondamentale per migliorare la qualità della vita dei bambini affetti da malattie gravi e delle loro famiglie.

BIBLIOGRAFIA:

- Benini et Gangemi; Quaderni acp 2011;18(5): 216-220.
- Benini F., De Tommasi V., De Zen L., Gangemi M., Lazzarin P., Manfredini L., Minetto M., Orzalesi M., (Gruppo di Lavoro Multidisciplinare per lo sviluppo del Core Curriculum in Terapia del Dolore e Cure Palliative pediatriche), (2014).
- Benini F., Orzalesi M., Le cure palliative pediatriche oggi: la storia, gli obiettivi e le criticità, Riv It Cure Palliative 2021;23(1):20-26

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ACCESSO AI FARMACI ESSENZIALI, SALUTE PUBBLICA E RIFORMA DEL IDC: DALLA REGOLAZIONE GLOBALE AL CASO ITALIANO

Chiara Rambaldi¹, Simone Cernesi¹

¹ Master's Degree in International Development and Economics, Nottingham, Regno Unito, ² Conv. AUSL Modena, Modena, Italia

SCOPO: Il regime internazionale di controllo delle droghe (IDCR) nasce con un duplice obiettivo: da un lato, limitare l'uso di sostanze psicoattive a scopi esclusivamente medici e scientifici; dall'altro, garantire che tali sostanze siano effettivamente disponibili per questi usi. Tuttavia, nella pratica, il bilanciamento tra questi due mandati si è rivelato fortemente sbilanciato. L'approccio securitario e proibizionista, consolidatosi a partire dal sistema coloniale e rafforzato dalle convenzioni ONU del 1961, 1971 e 1988, ha oscurato l'imperativo sanitario, rendendo l'accesso ai farmaci controllati – come la morfina – estremamente difficoltoso in molte parti del mondo.

Questo squilibrio non è solo un fallimento tecnico, ma una violazione del diritto alla salute riconosciuto a livello internazionale. L'articolo 12 del Patto Internazionale sui Diritti Economici, Sociali e Culturali (ICESCR) stabilisce il diritto di ogni individuo al più alto standard possibile di salute fisica e mentale. Il Commento Generale n. 14 chiarisce che questo include l'accesso ai medicinali essenziali, tra cui gli analgesici oppiacei per il trattamento del dolore. Inoltre, l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite, attraverso l'Obiettivo di Sviluppo Sostenibile 3.8, ribadisce l'impegno globale a garantire "la copertura sanitaria universale, compreso l'accesso ai medicinali e vaccini essenziali sicuri, efficaci, di qualità e a prezzi accessibili per tutti".

In questo contesto, gli Stati firmatari delle convenzioni ONU – tra cui l'Italia – hanno non solo la facoltà ma anche la responsabilità giuridica e morale di assicurare la disponibilità di questi farmaci. Tuttavia, l'attuale sistema multilaterale di controllo presenta ostacoli strutturali: ogni Stato deve designare un'autorità centrale competente, fornire stime annuali di fabbisogno approvate dall'International Narcotics Control Board (INCB), e rispettare procedure complesse di autorizzazione per l'importazione, la distribuzione e la prescrizione. Tali meccanismi si traducono spesso in ritardi, mancanze di flessibilità nelle emergenze, e una cronica sottostima dei bisogni reali. La conseguenza è una grave sofferenza evitabile, come dimostrano i casi di Haiti e Pakistan, dove l'accesso alla morfina è stato praticamente nullo anche in contesti di disastro umanitario.

METODO: Analisi della normativa e del contesto internazionale.

RISULTATI: L'Italia rappresenta infatti un esempio emblematico di come un Paese possa tentare di armonizzare le proprie politiche interne con gli obblighi internazionali, valorizzando al contempo il diritto alla salute. La Legge 38/2010 è un caso unico in Europa: riconosce espressamente il diritto di accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore, e lo inserisce nel quadro dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Essa stabilisce principi chiave come l'equità di accesso, la presa in carico multidisciplinare, la dignità della persona sofferente, e l'informazione completa e trasparente al paziente.

Questa legge dimostra che è possibile declinare a livello nazionale il mandato sanitario dell'IDCR, andando oltre la logica esclusivamente repressiva. Tuttavia, l'attuazione resta frammentaria. Come sottolineato dalla SIAARTI (2023), permangono criticità significative: disomogeneità regionali, carenze nella formazione del personale sanitario, difficoltà prescrittive, e uno scarso coordinamento tra livelli istituzionali.

Nonostante il solido impianto normativo, la cultura del controllo e la paura del 'misuse' continuano a prevalere sulla centralità del paziente e del suo diritto al sollievo dal dolore. Molte di queste criticità potrebbero essere limitate con maggior investimenti nelle cure primarie sia in ambito della terapia del dolore che nell'erogazione delle cure palliative.

Non abbiamo dati di ricerca propri. Tuttavia, a livello globale circa 60 milioni di persone necessitano di cure palliative (25 milioni ogni anno raggiungono la fine della vita) e 18 milioni di persone che muoiono a causa di dolore e angoscia evitabili sono sufficienti a spingere ad una presa di coscienza che anche in Italia è importante che le società scientifiche nazionali si occupino di advocacy e partecipino all'advocacy globale [1].



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Stupisce e rammarica constatare che ad oggi anche nelle società scientifiche nazionali e internazionali dedicate alle cure palliative non ci siano gruppi di lavoro dedicati all' advocacy[2] eppure anche in Italia l'accesso ai farmaci essenziali non è sempre garantito, pensiamo ad esempio al Midazolam che spesso non è disponibile al di fuori del contesto specialistico.

Tema cruciale è l'accessibilità ai farmaci e la prescrizione in termini di safety che spesso non è sufficientemente trattata in termini di formazione e dove anche la medicina generale potrebbe fare la differenza e valorizzata.

CONCLUSIONI: il caso italiano mostra che, pur restando vincolati dalle convenzioni internazionali, gli Stati hanno margini di azione per attuare il diritto alla salute, contribuendo così al riequilibrio dell'IDCR verso un paradigma che metta realmente al centro la dignità, la cura e il benessere delle persone. Il contesto normativo impatta enormemente sulla qualità di vita dei pazienti e dei familiari.

Il tema dell'Advocacy rimane purtroppo poco sviluppato nel contesto italiano e andrebbe promossa una sinergia tra pazienti e operatori sanitari per poter vedere garantito, monitorato e reclamato il diritto di accesso alle cure che nella stessa realtà nazionale è colpevolmente disomogenea.

La strada è tracciata: ora serve il coraggio politico e culturale di percorrerla.

Si auspica quindi la creazione di un gruppo di lavoro in SICPe in EACP che contempli il rapporto con le associazioni, pazienti e professionisti per mantenere una azione di advocacy globale che aiuti ad abolire le iniquità di accesso ai farmaci essenziali e alle cure palliative e che promuova lo sviluppo di comunità compassionevoli.

BIBLIOGRAFIA:

1. Punwasi R, de Kleijn L, Rijkels-Otters JBM, Veen M, Chiarotto A, Koes B. General practitioners' attitudes towards opioids for non-cancer pain: a qualitative systematic review. *BMJ Open*. 2022 Feb 1;12(2):e054945. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054945. PMID: 35105588; PMCID: PMC8808445.
2. Pettus KI, de Lima L. Palliative Care Advocacy: Why Does It Matter? *J Palliat Med*. 2020 Aug;23(8):1009-1012. doi: 10.1089/jpm.2019.0696. Epub 2020 Mar 9. PMID: 32155378; PMCID: PMC7404818.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 03 • RICERCA, FORMAZIONE

RICERCA

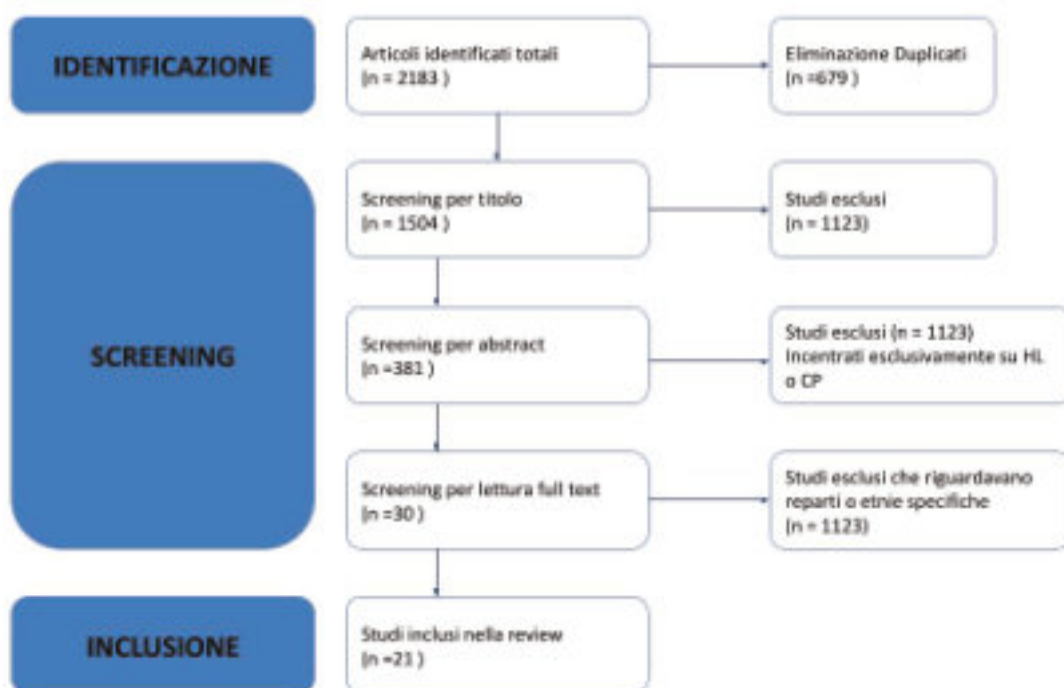


RUOLI DELL'ALFABETTIZZAZIONE SANITARIA NELLA MEDICINA E CURE PALLIATIVE: UNA SCOPING REVIEW

Elia Ricci¹, Gianluca Villa¹

¹Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

SCOPO: Volendo costruire percorsi di cura che accolgano l'idea di benessere e salute degli assistiti è necessario chiedersi quali ruoli abbia l'alfabetizzazione sanitaria nel contesto delle cure palliative. Poiché la health literacy (HL) rende capaci di un pensiero critico rispetto alle informazioni sanitarie che vengono ricevute, essa può costituire uno dei presupposti fondamentali nello sviluppo dell'alleanza terapeutica necessaria ai percorsi di cure palliative (CP). Questo studio vuole usare i metodi della scoping review per una sintesi della letteratura che metta in rilievo le aree di sovrapposizione della HL e della Medicina Palliativa.



METODO: Questa scoping review ha seguito il protocollo Popolazione, Concetto, Contesto (PCC) per lo sviluppo del seguente quesito di ricerca, "Quali ruoli svolge l'alfabetizzazione sanitaria nell'interazione tra persone e Medicina e Cure Palliative?". In Popolazione sono inclusi i nuclei pazienti-famiglia e gli operatori sanitari. La relazione tra HL in CP è alla base del Concetto mentre nel Contesto sono considerate le interazioni tra Popolazione e i servizi sanitari afferenti alla Medicina e Cure Palliative. Il quesito di ricerca ha condotto a scegliere parole e sinonimi di "Health literacy", "Organizations", "Health care delivery", "Palliative medicine", "Palliative care", "Terminal care" e "Hospice" come termini di ricerca per combinarli con gli operatori booleani AND e OR. Sono stati sondati i database PubMed, Embase, CINAHL, Web of Science e PsycINFO. Sono stati inclusi nella review solo studi in lingua inglese tra il 2004 e il 2025 coerenti con il quesito e relazionati alle tematiche di CP escludendo altre review e studi focalizzati su particolari reparti ospedalieri o etnie specifiche.

RISULTATI: La HL migliora le capacità comunicative e informative del personale dei servizi di CP. Sono stati evidenziati studi che riscontrano la HL come favorente lo sviluppo dell'autodeterminazione del paziente. Risulta come un'elevata HL possa favorire l'impiego di disposizioni anticipate di trattamento e pianificazioni condivise delle cure se congiunte alla conoscenza delle norme giuridiche vigenti in materia. Di rilievo è il ritrovamento del concetto della Death Literacy (DL) e il Death Literacy Index (DLI). La DL viene definita come una capacità degli individui che si esprime nei domini di comprensione e applicabilità di conoscenze, competenze e motivazioni riguardanti il fine vita e la morte. Il DLI è lo strumento validato con il fine di quantificare la DL di una persona.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: La sovrapposizione dei due temi è risultata evidente sia dai temi dei paper trattati sia da quelli esclusi che avrebbero potuto essere inseriti grazie a quesiti di ricerca ancor più ampi. Interessante la inesistenza dei concetti di Organizational Health Literacy (OHL) all'interno delle pubblicazioni di CP nonostante gli sforzi intra-organizzativi volti al miglioramento della HL rientrano nelle definizioni di OHL. Risulta come consecutivo la utilità dell'impiego di questo settore di ricerca, della HL, nel settore delle Medicina e Cure Palliative. Considerato la esistenza del Death Literacy Index, la traduzione dello stesso e la sua applicazione saranno sicuramente informativi del livello di DL della popolazione nel nostro territorio.

BIBLIOGRAFIA: Peters, Micah & Godfrey, Christina & Moiney, Patricia & Soares, Cassia & Khalil, Hanan & Parker, Deborah. (2015). Methodology for JBI Scoping Reviews.

Christensen, Deborah RN, MSN, AGCNS-BC, AOCNS, HNB-BC. The Impact of Health Literacy on Palliative Care Outcomes. Journal of Hospice & Palliative Nursing 18(6): p 544-549, December 2016. | DOI: 10.1097/NJH.0000000000000292

Clément Meier, Sarah Vilpert, Maud Wiecek, Carmen Borrat-Besson, Ralf J Jox, Jürgen Maurer - End-of-life health literacy, knowledge and behaviours towards advance care planning among older adults: cross-sectional evidence from Switzerland: BMJ Public Health 2024;2:e000600.

Barker PC, Holland NP, Shore O, Cook RL, Zhang Y, Waring CD, Hagen MG. The Effect of Health Literacy on a Brief Intervention to Improve Advance Directive Completion: A Randomized Controlled Study. J Prim Care Community Health. 2021 Jan-Dec; 12:21501327211000221. doi: 10.1177/21501327211000221. PMID: 33719708; PMCID: PMC7968018.

Noonan K, Horsfall D, Leonard R, Rosenberg J. Developing death literacy. Prog Palliat Care. 2016;24(1):31-5.

M-POHL (2023): Assessing Organizational Health Literacy. Factsheet. International Coordination Center of M-POHL and its projects at the Austrian National Public Health Institute, Vienna



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



OVERVIEW SULLE PERFORMANCE DEI MODELLI PROGNOSTICI IN CURE PALLIATIVE

Angela Pecchia¹, Alessandra Favero¹, Federica Ferrari¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, Italia

SCOPO: Scopo di questo lavoro è identificare e riassumere le revisioni sistematiche e le meta-analisi riguardanti la performance dei modelli predittivi prognostici utilizzati in Cure Palliative (CP).

Negli ultimi vent'anni, da quando 'medicina personalizzata', 'medicina di precisione', 'medicina basata sul rischio' sono diventate espressioni ricorrenti in ogni specialità, si è assistito a un aumento della ricerca e della letteratura sui modelli predittivi diagnostici: i loro obiettivi sono l'efficacia e la personalizzazione terapeutica.

Nel contesto del fine vita, la prognosi, quando l'outcome è la morte, consente di prevedere, predire o stimare la probabilità o il rischio che un paziente muoia entro un certo periodo di tempo, basandosi su una combinazione di variabili predittive, fattori o marker. I modelli predittivi di prognosi sono fondamentali per un evidence-based medicine di qualità e influenzano la pratica clinica, permettendo una cura efficace.

Spesso emergono evidenze contrastanti sulla performance dei modelli prognostici, aumentando la domanda di sintesi delle evidenze per valutare la capacità predittiva del modello e la necessità di miglioramenti. Le revisioni sistematiche (RS) consentono una sintesi di livello superiore di evidenza nella pratica medica.

METODO: È stata condotta una revisione sistematica per identificare e riassumere RS e meta-analisi (MA) disponibili, riguardanti la performance dei modelli predittivi prognostici utilizzati in CP.

La metodologia di questa revisione è stata guidata dalle indicazioni del Joanna Briggs Institute ed è conforme alle linee guida PRIOR. Sono state consultate due banche dati biomediche (19 marzo 2025). I termini di ricerca utilizzati includevano keyword e combinazioni dei termini 'cure palliative', 'prognosi' e 'morte', impiegando filtri validati per la ricerca di CP, RS, MA e prognosi. I risultati sono stati descritti narrativamente.

RISULTATI: Sono state identificate 2017 RS di cui 6 incontravano i criteri di inclusione. Gli studi erano eterogenei per popolazione, diagnosi, lassodi tempo e setting.

I modelli prognostici identificati sono stati: Surprise Question (SQ), formulata usando la domanda 'sorprendente' posta al professionista sanitario: «Saresti sorpreso se la morte del paziente si verificasse entro 12 mesi (massimo 18 mesi)?» (1-4); previsione di sopravvivenza da parte dei clinici (5); alcuni indici prognostici per la Broncopneumopatia Cronica Ostruttiva (BPCO) (6).

La performance della SQ nel predire la morte è stata indagata da RS quantitative tutte con MA. Queste sono state pubblicate tra il 2017 e il 2025; gli studi primari sono stati condotti in Europa (n=65), Nord America (n=60), Asia (n=18), Oceania (n=8), America Latina (n=4) e Africa (n=2). La popolazione di riferimento era composta da pazienti oncologici e non oncologici (malattie renali, cardiache, respiratorie e gruppi eterogenei con diverse diagnosi). Solo una RS includeva anche pazienti pediatrici. I setting assistenziali erano vari.

L'accuratezza della SQ variava tra i diversi sottogruppi di pazienti, con performance migliori nei pazienti oncologici rispetto agli altri (1,4) e una peggiore discriminazione per i pazienti non oncologici (2). I medici hanno generalmente mostrato una maggiore accuratezza della SQ rispetto agli infermieri (1-3). Il valore di accuratezza aggregato è stato riportato solo da due studi (1,4), rispettivamente 74,8% e 71,0%.

I valori di sensibilità e specificità stimati per la SQ variavano tra i diversi studi. Gli studi di Downar et al e di van Lumme et al mostravano sensibilità e specificità più alte e stabili rispetto agli altri studi (2,3). Infine, Gupta et al presentava sensibilità e specificità più basse, ma simili tra di loro (4).

Tre studi (2-4) presentavano una buona capacità discriminativa. Un unico studio (1) evidenziava una maggiore variabilità sia per sensibilità e specificità che per capacità discriminativa.

La RS che valutava la performance della previsione clinica di sopravvivenza (5) si basava sulle previsioni temporali di sopravvivenza fatte dai medici per pazienti oncologici terminali. Nonostante, sia stata rilevata una tendenza di sovrastima tra la previsione clinica e i giorni effettivi di sopravvivenza, le previsioni erano significativamente correlate con la sopravvivenza effettiva. Le previsioni erano corrette entro una settimana nel 25% dei casi, mentre nel 27% dei casi la sopravvivenza era sovrastimata di almeno quattro settimane.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Infine, lo studio (6), che includeva pazienti con BPCO, analizzava la capacità di discriminazione nei 12 mesi di alcuni modelli predittivi dati dalla combinazione di variabili cliniche tra cui l'ADO (Age-Dyspnea-Obstruction) risultava essere quello con la migliore performance predittiva mentre il punteggio DOSE (Dyspnea-Obstruction-Smoking-Exacerbation) quello con la performance peggiore.

CONCLUSIONI: Questa revisione sistematica rappresenta il primo tentativo di sintetizzare le evidenze disponibili sulle performance dei modelli prognostici in Cure Palliative. I risultati ottenuti offrono una panoramica completa delle attuali conoscenze e delle potenzialità di questi modelli. Tuttavia, la revisione presenta dei limiti. Innanzitutto, la possibilità di non aver identificato alcuni studi pertinenti disponibili sull'argomento. Questo potrebbe essere dovuto all'uso di una strategia di ricerca troppo restrittiva. Per superare questo limite è previsto un approfondimento con ampliamento dei criteri di ricerca e il controllo delle bibliografie degli studi selezionati. La presente revisione fornisce tuttavia una base solida per future ricerche e sviluppi nel campo dei modelli prognostici.

BIBLIOGRAFIA:

1. White N, Kupeli N, Vickerstaff V, Stone P. How accurate is the 'Surprise Question' at identifying patients at the end of life? A systematic review and meta-analysis. *BMC Med.* 2017;15(1):139.
2. Downar J, Goldman R, Pinto R, Englesakis M, Adhikari NK. The 'surprise question' for predicting death in seriously ill patients: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2017;189(13):E484-E493.
3. van Lummel EV, Ietswaard L, Zuijthoff NP, Tjien DH, van Delden JJ. The utility of the surprise question: A useful tool for identifying patients nearing the last phase of life? A systematic review and meta-analysis [published correction appears in *Palliat Med.* 2022 Jul;36(7):NP1]. *Palliat Med.* 2022;36(7):1023-1046.
4. Gupta A, Burgess R, Drozd M, Gierula J, Witte K, Straw S. The Surprise Question and clinician-predicted prognosis: systematic review and meta-analysis. *BMJ Support Palliat Care.* 2024;15(1):12-35.
5. Glare P, Virik K, Jones M, et al. A systematic review of physicians' survival predictions in terminally ill cancer patients. *BMJ.* 2003;327(7408):195-198.
6. Smith LE, Moore E, Ali I, Smeeth L, Stone P, Quint JK. Prognostic variables and scores identifying the end of life in COPD: a systematic review. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis.* 2017;12:2239-2256.

• Keywords

Cure Palliative

Prognosi

Modelli predittivi



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



NUOVE STRATEGIE NELLA GESTIONE DELLA FATIGUE NEI PAZIENTI CON NEOPLASIA IN FASE AVANZATA DI MALATTIA

PATRIZIA FARINA¹, MILENA FRANCHIELLA², ELEONORA IORIO², MARIANO FLOCCO³

¹ DH Oncologia, Ospedale san Timoteo, Termoli (CB), Italia, ² LILT, sezione di Campobasso, Campobasso, Italia, ³ HospicEdi Larino, Larino (CB), Italia

SCOPO: La fatigue correlata al cancro è uno dei sintomi più comuni sperimentati dai pazienti affetti da tumore con il potenziale di compromettere la qualità della vita, le attività della vita quotidiana e la sopravvivenza globale. Ad oggi abbiamo poche strategie per ridurre la fatigue (stanchezza): i dati di letteratura indicano che l'esercizio fisico può avere un'influenza favorevole sulla fatigue correlata al cancro, recentemente sono stati pubblicati dati sull'utilizzo di un integratore a base di ginseng americano che assunto una volta al giorno è in grado di migliorare la sintomatologia della fatigue da cancro con impatto minimo in termini di effetti collaterali o interazioni farmacologiche (ASCO, 2024). L'obiettivo del nostro studio è analizzare l'efficacia di un integratore al ginseng nei pazienti con tumori solidi in fase avanzata di malattia.

METODO: Nel nostro centro abbiamo raccolto dati su 90 pazienti affetti da tumori solidi, di cui 25 pazienti con malattia avanzata o metastatica in trattamento oncologico attivo. Abbiamo analizzato i pazienti in fase avanzata/ metastatica che venivano seguiti per la terapia di supporto dagli oncologi e dall'equipe di cure palliative del nostro territorio. Su 25 pazienti di età media 72 anni (12F e 13M) abbiamo riportato il sintomo fatigue in 22 pazienti. La fatigue veniva valutata con un punteggio da 0 a 10 (0 non si rileva fatigue nel questionario). Il questionario è stato compilato nella maggior parte dei casi (90%) dai pazienti.

RISULTATI: Quindici pazienti su 25 riportavano un valore di fatigue >8 nella scala numerica del questionario somministrato. Questi 15 pazienti sono stati valutati in maniera periodica, eseguivano esami ematochimici per controllo dell'anemia, la valutazione nutrizionale con piano alimentare personalizzato e la terapia di supporto domiciliare. A 6 pazienti dei 15 pazienti che riportavano fatigue > 8 è stato consigliato un integratore con ginseng quotidianamente e venivano rivalutati dopo 15 giorni di terapia e dopo un mese. Tre pazienti su 6 hanno riportato un notevole beneficio clinico dopo due settimane dall'inizio del trattamento al questionario, tutti e tre i pazienti riferivano una riduzione di 2 punti della fatigue dopo un mese di trattamento (alla rivalutazione oncologica veniva documentata una stabilità della malattia).

CONCLUSIONI: L'approccio multidisciplinare è fondamentale anche nella gestione della fatigue, un problema comune soprattutto nella fase avanzata/metastatica di malattia. Nella nostra esperienza l'utilizzo di integratori al ginseng può aiutare questi pazienti in fase avanzata di malattia. Sono necessari ulteriori studi finalizzati a definire il dosaggio ottimale del ginseng americano e la durata della terapia in questo setting di pazienti con malattia avanzata.

BIBLIOGRAFIA: Management of Fatigue in Adult Survivors of Cancer: ASCO–Society for Integrative Oncology Guideline Update.: Julianne E. Bower, et al. ASCO 2024



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PSICOTERAPIA ASSISTITA DA PSILOCIBINA PER IL DISTRESS PSICO-ESISTENZIALE DEL PAZIENTE ONCOLOGICO CON MALATTIA AVANZATA IN CURE PALLIATIVE

Luca Magnani¹, Annalisa Colonna¹, Giulia Bertozzi¹, Sofia Charis Bonilauri¹

¹Università di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italia, Modena, Italia

SCOPO: Il potenziale ruolo terapeutico degli 'psichedelici' è noto da millenni(1). Di recente, la psilocibina, agonista selettivo 5HT_{2A} capace di promuovere rilevanti effetti neuro-fenomenologici e comportamentali acuti e a lungo termine(2-6), ha suscitato interesse per molteplici condizioni patologiche(7-9) (2019: FDA-breakthrough therapy per depressione maggiore). In termini di efficacia antidepressiva e ansiolitica, la singola somministrazione di psilocibina orale ad alte dosi esprime effect-size (ES) rispetto al placebo almeno paragonabili a quelli dei comuni antidepressivi serotoninergici (pooled ES: 0,3-0,4)(10-13). I pazienti oncologici, forse meno suscettibili a questi ultimi farmaci(14), manifestano più frequentemente sintomi ansiosi e/o depressivi(15) debilitanti(16), con il conseguente rischio di incorrere in forme di severo distress psico-esistenziale(17). Le evidenze di efficacia dei tipici interventi psicologici/psicofarmacologici in questa popolazione sono limitate(14, 18, 19). La finestra temporale di azione tipica degli attuali interventi psico/farmacologici, così come l'esposizione a possibili effetti collaterali entro tale periodo.

Lo scopo del presente lavoro è illustrare criticamente le potenzialità terapeutiche di psilocibina orale ad alte dosi entro modelli di psicoterapia assistita (PAP), implementabili nel contesto delle cure palliative (CP), per il trattamento dei pazienti oncologici con malattia avanzata e varie forme di distress psico-esistenziale.

METODO: Revisione critica e breve sintesi narrativa delle evidenze disponibili (lingua inglese; esclusa Grey Literature), dopo una prima acquisizione non sistematica di queste ultime, attraverso le principali banche dati (MEDLINE/PubMed, EMBASE, PsychInfo, Cochrane library).

RISULTATI: Già nei primi e non metodologicamente rigorosi lavori furono osservati effetti benefici duraturi sul dolore fisico (simili a quelli degli oppioidi tradizionali), depressione, ansia, paura della morte, isolamento, meccanismi di coping, consapevolezza esistenziale, autostima, accettazione e capacità di intimità(20). Alcuni soggetti sperimentali riportarono un distacco dalla propria sofferenza, divenendo in grado di discutere della propria morte con un senso di pace, considerato all'epoca contro culturale, ma psicologicamente benefico(21). Recentemente, sono stati effettuati alcuni studi randomizzati e controllati (RCT)(22-27), secondo disegni sperimentali parzialmente sovrapponibili: 3 RCT in doppio cieco, di cui 2 in modalità crossover (tempo di crossover 5-7 settimane); 2 contro placebo inattivo (niacina 250 mg) e 1 contro placebo attivo (1-3 mg psilocibina orale); follow-up per lo più unblinded di 6 mesi - 4,5 anni; dosi medie/medio-alte di psilocibina orale in mono-somministrazione (0,2-0,3 mg/Kg). Risultano, inoltre, 3 estensioni a lungo termine dell'iniziale lavoro di Rosset al (23) (studio qualitativo(26), analisi di follow up a lungo termine(27), analisi post hoc(22)). I suddetti RCT hanno coinvolto un totale di 92 soggetti (41,3% maschi) affetti da patologia neoplastica prevalentemente avanzata/ricorrente (50,6%) e da disturbi ansioso-depressivo dell'adattamento, secondo DSM-IV. In tali lavori è stato possibile dimostrare l'efficacia di mono-somministrazioni di psilocibina orale - nel contesto di interventi supportivi o PAP - nel ridurre rapidamente e in modo sostenuto la sintomatologia ansioso-depressiva, il grado di demoralizzazione/disperazione, la perdita di significato e lo sviluppo di ideazione suicidaria a seguito di una diagnosi di cancro e nel contesto di malattia oncologica di vario grado. Al contempo, psilocibina ha migliorato la qualità della vita (QoL) e promosso l'elaborazione di interpretazioni e comportamenti più adattivi, risultando generalmente accettabile sicura per pazienti coinvolti (solo effetti collaterali transitori, attesi e lievi). I principali limiti degli studi considerati riguardano: controllo di blinding e aspettativa, campioni di piccole dimensioni, disegni intrinsecamente limitati, percentuale significativa e parzialmente valutata di partecipanti con esperienze di uso di sostanze psichedeliche, nessun confronto tra i gruppi dopo il crossover, uso di alcune misure non validate, campione disomogeneo e non rappresentativo. Alcuni studi open-label(28-30) hanno ulteriormente confermato quanto rilevato nei RCT. Recenti lavori di meta-analisi(31-35) hanno sostenuto il potenziale valore terapeutico e il profilo di sicurezza della PAP per il miglioramento della QoL e la cura di varie forme di distress psico-esistenziale nei pazienti oncologici, anche in fase avanzata di malattia. Infine, alcune evidenze sembrano indicare un possibile ruolo di psilocibina per il trattamento di forme di dolore cronico(36).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CONCLUSIONI: Al netto delle note problematiche metodologiche ed epistemologiche riguardanti la sperimentazione clinica delle sostanze psichedeliche (33), le evidenze attuali in merito al profilo di sicurezza ed efficacia della PAP suggeriscono la necessità di approfondire con nuovi e rigorosi studi il possibile valore terapeutico (diretto e indiretto) di questo intervento nei pazienti oncologici con malattia avanzata e varie forme di distress psico-esistenziale. È auspicabile che questi sforzi speculativi vengano attuati adottando posizioni non ideologiche, attraverso la de-criminalizzazione dell'uso medico di psilocibina e nell'ambito dell'ampio contesto delle CP, che appare come il più adatto ad accogliere ed elargire questa tipologia di intervento terapeutico, per eventualmente ampliare la possibile platea dei fruitori dello stesso, al di là dell'ambito esclusivamente oncologico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Garcia ACM et al 2022. DOI: 10.1080/09639260.2022.2001140
2. Shinozuka K et al 2024. DOI: 10.1038/s41398-024-03187-1.
3. Yaden DB et al 2024. DOI: 10.1038/s44159-024-00345-6.
4. Siegel J Set al 2024. DOI: 10.1038/s41586-024-07624-5.
5. Costines C et al 2024. DOI: 10.1007/7854_2024_562
6. Evens R et al 2023. DOI: 10.1177/20451253231172254.
7. Li L J et al 2024. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1416420.
8. Bogenschutz M Pet al 2022. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.2096.
9. Schindler E A Det al 2021. DOI: 10.1007/s13311-020-00962-y.
10. Hsu T W et al 2024. DOI: 10.1136/bmj-2023-078607.
11. Cipriani A et al 2018. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7.
12. Goldberg S B et al 2020. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112749.
13. De Vries Y A et al 2018. DOI: 10.1002/da.22737.
14. Iovieno N et al 2011. DOI: 10.1097/MIC.0b013e328340775e.
15. Grassi L et al 2023. DOI: 10.1016/j.jesmoop.2023.101155.
16. Arrieta O et al 2013. DOI: 10.1245/s10434-012-2793-5.
17. Chen W et al 2022. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000925.
18. Teo I et al 2019. DOI: 10.1002/pon.5103.
19. Salt S et al 2017. DOI: 10.1002/14651858.CD004596.pub3.
20. Ross S et al 2018. DOI: 10.1080/09540261.2018.1482261.
21. Kast E C et al 1965. DOI: 10.1213/00000539-196405000-00013.
22. Ross S et al 2021. DOI: 10.1021/acspsci.1c00020.
23. Ross S et al 2016. DOI: 10.1177/0269881116675512.
24. Griffiths R F et al 2016. DOI: 10.1177/0269881116675513.
25. Grob C S et al 2011. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.116.
26. Swift T C et al 2017. DOI: 10.1177/0022167817715966.
27. Agin-Liebes G I et al 2020. DOI: 10.1177/0269881119897615.
28. Lewis B R et al 2023. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.06.006.
29. Agrawal M et al 2024. DOI: 10.1002/cncr.35010.
30. Shnayder S et al 2023. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.046.
31. Bader H et al 2024. DOI: 10.5306/wjco.v15.i7.908.
32. Schipper S et al 2024. DOI: 10.1002/14651858.CD015383.pub2.
33. Marhi M et al 2024. DOI: 10.1177/02698811241303594.
34. Bouchet L et al 2024. DOI: 10.1177/02698811231215420.
35. Romeo B et al 2024. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115880.
36. Jevotovsky D Set al 2024. DOI: 10.1136/rapm-2024-105532.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

Bibliografia Completa

- Garcia ACM and Mala LD. The therapeutic potential of psychedelic substances in Hospice and Palliative Care. *Progress in Palliative Care* 2022; 30: 1-5. DOI: 10.1080/09699260.2022.2091140.
- Shinozuka K, Ierotic K, Mediano P, et al. Synergistic, multi-level understanding of psychedelics: three systematic reviews and meta-analyses of their pharmacology, neuroimaging and phenomenology. *Transl Psychiatry* 2024; 14: 485. 20241204. DOI: 10.1038/s41398-024-03187-1.
- Yoden DB, Goldy SP, Weiss R, et al. Clinically relevant acute subjective effects of psychedelics beyond mystical experience. *Nature Reviews Psychology* 2024; 3: 606-621. DOI: 10.1038/s44159-024-00345-6.
- Siegal JS, Subramanian S, Perry D, et al. Psilocybin desynchronizes the human brain. *Nature* 2024; 632: 131-138. 20240717. DOI: 10.1038/s41586-024-07624-5.
- Corliss C and Schmidt TT. Phenomenology of Psychedelic Experiences and Psychedelic-Associated Distressing Effects: Quantifying Subjective Experiences. *Curr Top Behav Neurosci* 2024 20241231. DOI: 10.1007/97854_2024_562.
- Evens R, Schmidt ME, Mojic T, et al. The psychedelic afterglow phenomenon: a systematic review of subacute effects of classic serotonergic psychedelics. *Ther Adv Psychopharmacol* 2023; 13: 20451253231172254. 20230529. DOI: 10.1177/20451253231172254.
- U U, Mo Y, Shi ZM, et al. Psilocybin for major depressive disorder: a systematic review of randomized controlled studies. *Front Psychiatry* 2024; 15: 1416420. 20240923. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1416420.
- Bogenschutz MP, Ross S, Bhatt S, et al. Percentage of Heavy Drinking Days Following Psilocybin-Assisted Psychotherapy vs Placebo in the Treatment of Adult Patients With Alcohol Use Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2022; 79: 953-962. DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2022.2095.
- Schindler EAD, Sewell RA, Gottschalk CH, et al. Exploratory Controlled Study of the Migraine-Suppressing Effects of Psilocybin. *Neurotherapeutics* 2021; 18: 534-543. 20201112. DOI: 10.1007/s13311-020-00932-y.
- Hsu TW, Tsai CH, Kao YC, et al. Comparative oral monotherapy of psilocybin, lysergic acid diethylamide, 5,4-methylenedioxyamphetamine, ayahuasca, and escitalopram for depressive symptoms: systematic review and Bayesian network meta-analysis. *BMJ* 2024; 388: e078907. 20240821. DOI: 10.1136/bmj-2023-078907.
- Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al. Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2018; 391: 1357-1366. 20180221. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)32802-7.
- Goldberg SA, Pace BT, Nicholas CR, et al. The experimental effects of psilocybin on symptoms of anxiety and depression: A meta-analysis. *Psychiatry Res* 2020; 284: 112749. 20200102. DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112749.
- de Vries YA, Rieker AM, Burgerhof IGM, et al. Initial severity and antidepressant efficacy for anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and posttraumatic stress disorder: An individual patient data meta-analysis. *Depress Anxiety* 2018; 35: 515-522. 20180416. DOI: 10.1002/da.22737.
- Iovieno N, Tedeschi JE, Ameral VE, et al. Antidepressants for major depressive disorder in patients with a co-morbid axis-I disorder: a meta-analysis of patient characteristics and placebo-response rates in randomized controlled trials. *Int Clin Psychopharmacol* 2011; 26: 69-74. DOI: 10.1097/JYC.0b013e328340775e.
- Grossi L, Caruso R, Rizzo MB, et al. Anxiety and depression in adult cancer patients: ESMO Clinical Practice Guideline. *ESMO Open* 2023; 8: 201155. 20230314. DOI: 10.1016/j.esmoop.2023.101155.
- Ariola O, Angulo LP, Nunez-Valencia C, et al. Association of depression and anxiety on quality of life, treatment adherence, and prognosis in patients with advanced non-small cell lung cancer. *Ann Surg Oncol* 2013; 20: 1941-1948. 20221222. DOI: 10.1245/s10434-012-2793-5.
- Chen W, Chen Y and Xiao H. Existential Distress in Cancer Patients: A Concept Analysis. *Cancer Nurs* 2022; 45: E471-E486. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000925.
- Teo I, Krishnan A and Lee GL. Psychosocial interventions for advanced cancer patients: A systematic review. *Psychooncology* 2019; 28: 1394-1407. 20190523. DOI: 10.1002/pon.5103.
- Salt S, Mukoney CA and Preston NJ. Drug therapy for symptoms associated with anxiety in adult palliative care patients. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 5: CD004596. 20170518. DOI: 10.1002/14651858.CD004596.pub1.
- Ross S. Therapeutic use of classic psychedelics to treat cancer-related psychiatric distress. *Int Rev Psychiatry* 2018; 30: 317-330. 20180813. DOI: 10.1080/09540261.2018.1482261.
- Kent TC and Collins VI. Study of Lysergic Acid Diethylamide as an Analgesic Agent. *Anesthesia & Analgesia* 1964; 43. DOI: 10.1213/00000539-196405000-00013.
- Ross S, Agin-Liebes G, Lo S, et al. Acute and Sustained Reductions in Loss of Meaning and Suicidal Ideation Following Psilocybin-Assisted Psychotherapy for Psychiatric and Existential Distress in Life-Threatening Cancer. *ACS Pharmacol Transl Sci* 2021; 4: 553-562. 20210318. DOI: 10.1021/acscptsci.3c00020.
- Ross S, Bossis A, Guss J, et al. Rapid and sustained symptom reduction following psilocybin treatment for anxiety and depression in patients with life-threatening cancer: a randomized controlled trial. *J Psychopharmacol* 2016; 30: 1185-1190. DOI: 10.1177/0269881116675512.
- Griffiths RR, Johnson MW, Carhart MA, et al. Psilocybin produces substantial and sustained decreases in depression and anxiety in patients with life-threatening cancer: A randomized double-blind trial. *J Psychopharmacol* 2016; 30: 1181-1197. DOI: 10.1177/0269881116675513.
- Grob CS, Danforth AL, Chopra GS, et al. Pilot study of psilocybin treatment for anxiety in patients with advanced-stage cancer. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68: 71-78. 20100906. DOI: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.136.
- Swift TC, Belser AB, Agin-Liebes G, et al. Cancer at the Dinner Table: Experiences of Psilocybin-Assisted Psychotherapy for the Treatment of Cancer-Related Distress. *Journal of Humanistic Psychology* 2017; 57: 489-519. DOI: 10.1177/0022026717715966.
- Agin-Liebes G, Malone T, Walsh MM, et al. Long-term follow-up of psilocybin-assisted psychotherapy for psychiatric and existential distress in patients with life-threatening cancer. *J Psychopharmacol* 2020; 34: 155-166. 20200109. DOI: 10.1177/02698811198897615.
- Lewis JH, Garland EL, Byrne K, et al. HDPE: A Pilot Study of Psilocybin Enhanced Group Psychotherapy in Patients With Cancer. *J Pain Symptom Manage* 2023; 66: 288-298. 20240610. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2023.06.006.
- Agarwal M, Richards W, Beaussant Y, et al. Psilocybin-assisted group therapy in patients with cancer diagnosed with a major depressive disorder. *Cancer* 2024; 130: 1137-1146. 20231216. DOI: 10.1002/for.35010.
- Shnayder S, Ameli R, Sinai N, et al. Psilocybin-assisted therapy improves psycho-social-spiritual well-being in cancer patients. *J Affect Disord* 2023; 323: 592-597. 20221210. DOI: 10.1016/j.jad.2022.11.046.
- Bader H, Faraj H, Maghnam I, et al. Investigating the therapeutic efficacy of psilocybin in advanced cancer patients: A comprehensive review and meta-analysis. *World J Clin Oncol* 2024; 15: 908-919. DOI: 10.5396/wjco.v15.i7.908.
- Schipper S, Nigam K, Schmid Y, et al. Psychedelic-assisted therapy for treating anxiety, depression, and existential distress in people with life-threatening diseases. *Cochrane Database Syst Rev* 2024; 9: CD015383. 20240912. DOI: 10.1002/14651858.CD015383.pub2.
- Marchi BA, Farina R, Rachedi K, et al. Psychedelics as an intervention for psychological, existential distress in terminally ill patients: A systematic review and network meta-analysis. *J Psychopharmacol* 2024; 2608811241302594. 20241210. DOI: 10.1177/02698811241302594.
- Bouchet L, Sager Z, Yroni A, et al. Older adults in psychedelic-assisted therapy trials: A systematic review. *J Psychopharmacol* 2024; 38: 33-48. 20240119. DOI: 10.1177/02698811231215420.
- Romeo B, Kervodet E, Fauvel R, et al. Safety and risk assessment of psychedelic psychotherapy: A meta-analysis and systematic review. *Psychiatry Res* 2024; 335: 115880. 20240331. DOI: 10.1016/j.psychres.2024.115880.
- Jevitovskiy DS, Chopra H, Pak DJ, et al. Psilocybin and chronic neuropathic pain: a systematic review. *Reg Anesth Pain Med* 2024 20240808. DOI: 10.1136/vapen-2024-105532.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

XXXIII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 03 • RICERCA, FORMAZIONE

FORMAZIONE



ESPERIENZA INTERSOCIETARIA (SIGG-SICP) DI FORMAZIONE ONLINE DEDICATA A GIOVANI MEDICI CON PARTICOLARE INTERESSE ALLE CURE PALLIATIVE

Francesco Tonarelli¹, Filippo Canzani¹, Giulia Rivasi², Marta De Angelis³, Maria Beatrice Zazzara⁴, Maria Adelaide Ricciotti⁴, Ilaria Parrotta⁵, Leonardo Bencivegna⁶

¹ UFCCurePalliative, USLToscanaCentro, Firenze, Italia, ² Università degli Studi di Firenze e Geriatria AOU Careggi, Firenze, Italia, ³ Usl Umbria 2 UO Cure Palliative Hospice La torre sul Colle, Spoleto, Italia, ⁴ Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS-Unità Cure Palliative, Roma, Italia, ⁵ IRCCS San Camillo Venezia, Venezia, Italia, ⁶ Università degli Studi di Napoli Federico II, Napoli, Italia

SCOPO: Questo lavoro vuole raccontare l'esperienza di un approccio multidisciplinare e trasversale a due società scientifiche (Società Italiana Cure Palliative – SICPe Società Italiana di Geriatria e Gerontologia – SIGG) per lo sviluppo di un evento formativo (webinar) destinato a giovani medici con interesse per le cure palliative e successiva pubblicazione del relativo casereport.

METODO: Il gruppo di lavoro (GdL) composto dagli autori di questo progetto si è formato in seguito alla richiesta a SICP da parte del gruppo giovani della SIGG (Gruppo YES, Young Epidemiologist SIGG) per realizzare un evento formativo sul tema delle cure palliative non oncologiche.

Il gruppo YES svolge periodicamente webinar formativi in collaborazione con altre società scientifiche. I relatori che vengono coinvolti sono principalmente membri giovani delle società scientifiche coinvolte.

Il tema individuato dal GdL è stato le cure palliative nel paziente con scompenso cardiaco in fase avanzata, vista l'attenzione sempre maggiore all'ambito delle cure palliative precoci e simultanee anche nelle malattie croniche non oncologiche.

È stato scelto di sviluppare il webinar seguendo la traccia di un caso clinico reale, narrato e discusso da tre diversi relatori, soffermandosi e sviluppando ognuno alcune tematiche chiave dell'approccio di cure palliative in questi pazienti. In particolare è stato deciso di soffermarsi su: identificazione dei bisogni di cure palliative e la pianificazione condivisa delle cure, la modulazione degli interventi e della terapia e, infine, la sedazione palliativa proporzionale.

La popolazione a cui si rivolgeva erano medici tendenzialmente con età inferiore ai 40 anni afferenti alle due società scientifiche coinvolte, ma il webinar era comunque aperto a tutti gli interessati/appartenenti.

Il webinar è stato pubblicizzato tramite i canali ufficiali delle due società scientifiche e dagli organizzatori dello stesso.

RISULTATI: In data 11 giugno 2024 il webinar -Le cure palliative nel paziente con scompenso cardiaco- è stato seguito in diretta da una media di circa 100 professionisti, con un picco di collegamenti a circa 160.

Il webinar è durato in tutto circa due ore, con un'ora di presentazione suddivisa in 4 parti da un quarto d'ora ciascuna: introduzione del caso clinico e poi le relazioni con commento del caso clinico e discussione sulle tematiche chiave. Al termine c'è stato lo spazio per una discussione aperta a tutti i professionisti collegati. Dai commenti ricevuti successivamente al webinar, il format è stato apprezzato da coloro che lo hanno seguito, ritenendo soprattutto interessante la modalità di strutturazione e collegamento dei temi.

Il gruppo di lavoro si è quindi, successivamente, posto il problema di come continuare la collaborazione tra le due società scientifiche. Abbiamo concordato per cominciare la stesura di un case-report, con obiettivo la pubblicazione su riviste scientifiche, che avessero la stessa struttura del webinar, quindi una traccia data dal caso clinico da cui si sviluppano tematiche rilevanti che possono essere di spunto per i professionisti che si avvicinano all'argomento. L'articolo, non essendo né un case report di un caso peculiare né una ricerca originale, si propone di mettere in luce il processo decisionale, gli strumenti e le pratiche che stanno alla base di un percorso di cure palliative in un paziente con scompenso cardiaco.

Al momento siamo in fase di revisione collegiale del paper per poi iniziare la submission a riviste scientifiche di settore.

La redazione di questo abstract e la sua sottomissione per il congresso nazionale SICP rientra nella visione del gruppo di lavoro di trasmettere l'esperienza e favorire lo sviluppo di nuovi ponti tra le società scientifiche.

CONCLUSIONI: La collaborazione tra due organizzazioni scientifiche, tramite la creazione di un gruppo di lavoro tra giovani membri delle società scientifiche, ha portato ad un momento di formazione (il webinar) e allo sviluppo di una futura pubblicazione scientifica. Questo conferma l'importanza del dialogo tra le società,



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



sia come risorsa scientifica che come ampliamento della platea di professionisti a cui si possono rivolgere eventi formativi.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PERCORSO FORMATIVO PER AFFRONTARE LA GESTIONE DELL'URGENZA IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: SINERGIA TRA VISIONI CLINICHE

Federico Pellegatta¹, Stefano Vismara², Stefano Sironi², Igor Catalano¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, Italia, ²AREU Regione Lombardia, Milano, Italia

SCOPO: Scopo del lavoro è descrivere la costruzione di un percorso formativo specifico per il personale sanitario di un servizio di Cure Palliative Pediatriche (CPP), realizzato in collaborazione con l'Azienda Regionale per l'Emergenza Urgenza (AREU) e finalizzato alla gestione avanzata in contesti residenziali e domiciliari delle emergenze pediatriche e delle urgenze secondarie alla sedazione procedurale.

L'integrazione tra personale di CPP e specialisti in anestesia e rianimazione rappresenta un nodo cruciale nella presa in carico di pazienti pediatrici affetti da patologie cronico-complesse e inguaribili ad alta intensità assistenziale. Laddove i protocolli internazionali di formazione in ambito di emergenza-urgenza per il bambino (es. PALS, EPALS) risultano fortemente orientati all'intervento rianimatorio standardizzato, emergono limiti significativi nel contesto delle CPP, dove ogni decisione deve essere adattata al profilo clinico-assistenziale e prognostico del singolo paziente. Nella cornice di incertezza diagnostica tipica di questi soggetti, la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) si configura come elemento essenziale, poiché consente di definire in anticipo obiettivi e limiti dell'intervento, includendo indicazioni esplicite sull'avvio o meno delle manovre di rianimazione. Tutto il personale che ha in cura il minore in CPP deve essere quindi preparato alla gestione dell'urgenza.

Un'altra specificità del contesto pediatrico è legata al frequente ricorso alla sedazione procedurale, impiegata per garantire comfort e sicurezza nei trattamenti diagnostico-assistenziali in minori con bisogni clinici complessi. Le linee guida internazionali in materia di sedo-analgesia procedurale riportano chiaramente che, vista la possibile comparsa di eventi secondari alla somministrazione di farmaci sedativi, il personale che svolge tale pratica deve essere adeguatamente formato nella gestione delle urgenze.

METODO: Il progetto formativo è nato, in Regione Lombardia, da un percorso di co-progettazione tra équipe di CPP e AREU con il coinvolgimento diretto di professionisti esperti di anestesia e rianimazione in ambito pediatrico. Sono stati realizzati cinque incontri preparatori dedicati all'analisi dei principali programmi formativi standardizzati per la gestione delle emergenze pediatriche. Il personale AREU ha effettuato accessi presso il servizio di CPP per osservare l'organizzazione e rilevare i fabbisogni formativi specifici che hanno portato alla redazione – e successiva realizzazione – del progetto formativo finale su misura per l'équipe di CPP.

RISULTATI: Il percorso formativo si è articolato in due edizioni, ciascuna della durata di 16 ore, svoltesi nel febbraio e marzo 2025. Hanno partecipato complessivamente 19 professionisti afferenti al servizio di CPP, suddivisi in 5 medici e 14 infermieri, operanti sia in ambito residenziale che domiciliare. Le metodologie didattiche hanno combinato sessioni frontali con attività di simulazione clinica mediante manichini ad alta fedeltà. Quest'ultima modalità ha avuto un impatto rilevante non solo nell'incrementare le competenze individuali in ambiti ad alta criticità, ma anche nel promuovere una riflessione collettiva sulle dinamiche di gruppo, sui processi decisionali condivisi e sulla gestione del carico emotivo nelle situazioni di urgenza. La simulazione ha permesso di osservare e rafforzare le interazioni tra operatori, contribuendo a migliorare la coesione e la prontezza del team assistenziale.

Il confronto costante con professionisti dell'emergenza ha favorito, inoltre, una maggiore comprensione reciproca, contribuendo alla costruzione di linguaggi condivisi e strategie operative comuni. La dimensione etica della cura, centrale nelle CPP, è stata esplicitamente integrata nella riflessione formativa.

Infine, il corso è stato certificato da AREU, ente accreditato per la formazione in emergenza-urgenza, a garanzia della qualità metodologica e della validazione dei contenuti erogati.

CONCLUSIONI: L'esperienza formativa descritta rappresenta un modello innovativo e replicabile di collaborazione tra servizi di CPP e servizi di emergenza-urgenza, volto a colmare un vuoto formativo nei contesti ad alta complessità assistenziale. La co-progettazione del percorso, la personalizzazione dei contenuti in base ai reali fabbisogni osservati e l'impiego della simulazione ad alta fedeltà hanno generato un impatto formativo multilivello, agendo tanto sulle competenze tecniche quanto sulle dinamiche relazionali e di team.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Il riconoscimento ufficiale da parte dell'ente certificatore sottolinea la solidità metodologica del progetto e ne rafforza la trasferibilità in altri contesti sociosanitari che si occupano di minori con bisogni complessi. L'approccio adottato ha, infine, favorito una maggiore consapevolezza rispetto al confine tra intervento salvavita, appropriatezza clinica e proporzionalità del trattamento, in coerenza con i principi della PCC in età pediatrica.

BIBLIOGRAFIA:

Peláez Cantero MJ, Morales Asencio JM, Parra Plantagenet-Whyte F, Leyva Carmona M, Rosique Antonelli M, Gili Bigatà T, Martino Alba R. Sedation in pediatric palliative care: The role of pediatric palliative care teams. *Palliat Support Care*. 2024 Aug;22(4):644-648.

Engel M, Fahner JC, Hennus MP, Consortium VIMPIIMPACT, Kars MC. Experiences with a national team-based learning program for advance care planning in pediatric palliative care. *BMC Palliat Care*. 2024 Aug 3;23(1):196.

Schneck E, Janßen G, Vaillant V, Voelker T, Dechert O, Trocan L, Schmitz L, Rohde M, Sander M, Hauch H. Cardiopulmonary resuscitation in pediatric patients under palliative home care- A multicenter retrospective study. *Front Pediatr*. 2023 Jan 10;10:1105609.

Hauch H, El Mohaui N, Sander M, Relensmann G, Berthold D, Kriwy P, Zemikow B, Wager J, Schneck E. Implementation and evaluation of a palliative care training unit for EMS providers. *Front Pediatr*. 2023 Sep 27;11:1272706.

• Keywords

Cure palliative Pediatriche

Emergenza-Urgenza

Sedazione procedurale



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ECOGRAFIA CLINICA E PROCEDURALE IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: ESPERIENZE OPERATIVE E SVILUPPO DELLE COMPETENZE

Federico Pellegatta¹, Roberto Grillo¹, Igor Catalano¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDAS, Milano, Italia

SCOPO: Obiettivi di questo lavoro è descrivere e valutare l'effettivo utilizzo dell'ecografo nelle valutazioni e nelle procedure a più alto impatto sul benessere del paziente pediatrico ricoverato in hospice, con attenzione specifica alla dignità, al dolore evitabile e alla minimizzazione del ricorso a tecniche invasive.

L'ecografia clinica e procedurale rappresenta una delle innovazioni più significative nella medicina contemporanea, con un impatto trasversale su numerose discipline e contesti assistenziali. Negli ultimi anni, si è assistito a un crescente interesse per l'utilizzo dell'ecografia anche nei setting non tradizionalmente ospedalieri, come quelli delle cure palliative pediatriche (CPP). In tale ambito, l'ecografia consente valutazioni tempestive, non invasive e ripetibili, supportando decisioni cliniche complesse e contribuendo al miglioramento della qualità della vita dei pazienti. L'esperienza pediatrica si distingue per esigenze cliniche, relazionali ed etiche peculiari: i pazienti sono spesso non comunicanti, affetti da patologie rare, multisistemiche, e il carico procedurale può essere fonte di stress, dolore e disagio per il minore e per il caregiver. Nel contesto delle CPP, la valutazione ecografica si integra nel lungo percorso di cura dei minori, contribuendo alla valutazione di condizioni cliniche intercorrenti, all'ottimizzazione della terapia, alla riduzione delle manovre invasive non necessarie e alla pianificazione personalizzata degli interventi assistenziali. A livello internazionale, diverse pubblicazioni hanno sottolineato il valore dell'ecografia point-of-care in ambito palliativo, con applicazioni che spaziano dalla valutazione toracica per versamenti pleurici, al monitoraggio del globo vescicale, alla guida sicura per accessi vascolari periferici e centrali. Tuttavia, la letteratura sull'impiego dell'ecografia nel contesto specifico delle CPP è ancora limitata, e mancano standard condivisi per la formazione e l'implementazione di questa metodica nei servizi domiciliari e residenziali.

METODO: Il lavoro è stato condotto all'interno di un servizio di CPP con particolare riferimento al setting residenziale e ambulatoriale.

A partire dal 2021, è stata effettuata una revisione della letteratura scientifica internazionale al fine di analizzare le applicazioni cliniche dell'ecografia in ambito palliativo e pediatrico, con particolare attenzione agli ambiti valutativi e procedurali. In parallelo, è stato avviato un processo interno di ricognizione del livello formativo degli operatori coinvolti (medici e infermieri) attraverso mappatura delle competenze pregresse e analisi dei bisogni formativi specifici.

Sulla base di quanto emerso, è stato definito un piano formativo che ha visto la sua attuazione nel corso del secondo semestre del 2022 e un aggiornamento operativo durante il 2023 e il 2024.

A partire da gennaio 2024 è stato attivato un monitoraggio sistematico dell'impiego dell'ecografo, attraverso la compilazione di un registro dedicato che documenta: tipologia di valutazione effettuata, finalità clinica o procedurale, operatore e esecutore (medico/infermiere) e livello di autonomia degli operatori.

RISULTATI: Una parte del personale medico operante nel servizio di CPP ha nel proprio curriculum percorsi formativi specifici sull'ecografia clinica in ambito pediatrico, con particolare riferimento alla valutazione toracico-polmonare e addominale; due medici su cinque (40%) risultano formalmente formati. Per le valutazioni di tipo cardiologico, il servizio dispone di una convenzione attiva con uno specialista dedicato. Tutti gli infermieri in organico (n=10) hanno completato un percorso teorico-pratico sull'impiego dell'ecografia procedurale per la valutazione del globo vescicale, finalizzata a garantire un approccio rispettoso e non invasivo nei pazienti non comunicanti. Inoltre, sei infermieri su dieci (60%) hanno acquisito competenze certificate per l'identificazione del patrimonio venoso e il posizionamento ecoguidato di accessi vascolari a media lunghezza (agocannule lunghe e midline), contribuendo a ridurre il numero di venipunture e il dolore procedurale.

Nel corso del 2024 sono state eseguite complessivamente 82 valutazioni ecografiche, che hanno coinvolto 66 pazienti pediatrici seguiti in contesto residenziale e ambulatoriale. La distribuzione per tipologia di esame è la seguente: ecografia vescicale, n. 11 valutazioni (13,4%); ecografia addominale, n. 7 (8,5%); ecografia cardiaca, n. 9 (11,0%); ecografia toraco-polmonare, n. 22 (26,9%); ecografia vascolare per accessi venosi, n. 33 (40,2%).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Delle 82 valutazioni totali, 44 sono state eseguite da personale medico (53,7%) e 38 da personale infermieristico (46,3%), in linea con la distribuzione delle competenze e la tipologia degli interventi effettuati. Le valutazioni hanno avuto un impatto diretto sul piano assistenziale, contribuendo alle decisioni cliniche.

In particolare, le ecografie toraciche si sono dimostrate utili nella gestione precoce dei quadri di difficoltà respiratoria e nella modulazione della terapia sintomatica. Le ecografie vascolari hanno consentito il posizionamento ecoguidato di accessi venosi a media lunghezza, con un tasso di successo al primo tentativo superiore al 80%, riducendo il numero di venipunture e l'esperienza dolorosa per i pazienti. Le valutazioni del globo vescicale hanno evitato il posizionamento non necessario del catetere in 6 casi, favorendo un'assistenza rispettosa anche nei bambini non comunicanti.

Al momento della rilevazione, 8 operatori su 12 (66,7%) risultano autonomi nell'esecuzione delle procedure ecoguidate.

CONCLUSIONI: L'introduzione sistematica dell'ecografia clinica e procedurale nel nostro servizio di CPP ha dimostrato un impatto rilevante sia sul piano assistenziale che formativo. La possibilità di eseguire valutazioni ecografiche a supporto delle decisioni cliniche e delle procedure invasive ha permesso di ridurre l'invasività degli interventi, modulare in modo più preciso il trattamento sintomatico e aumentare la personalizzazione delle cure, anche in pazienti non comunicanti o in condizioni di elevata fragilità.

L'implementazione di un percorso formativo dedicato e progressivo, unita al monitoraggio continuo dell'utilizzo dello strumento, ha consentito il consolidamento delle competenze all'interno dell'équipe, favorendo l'autonomia operativa e promuovendo un'evoluzione culturale verso l'uso consapevole della tecnologia in un contesto ad alta complessità.

Alla luce dei risultati raggiunti, il monitoraggio proseguirà nel corso del 2025, con l'obiettivo di rafforzare la competenza e indirizzare la formazione continua verso un utilizzo competente ed etico della tecnologia.

BIBLIOGRAFIA:

Chernack B, Knowlton SE, Kohler MJ. The Use of Ultrasound in Palliative Care and Hospice. *Am J Hosp Palliat Care*. 2017 May;34(4):385-391.

Thota RS, Ramkiran S, Ramanjulu R. Time to FOCUS 'Palliative Medicine Point-of-Care Ultrasound'. *Indian J Palliat Care*. 2023 Jan-Mar;29(1):36-45.

Lee MS, Sweetnam-Holmes D, Soffer GP, Harel-Sterling M. Updates on the clinical integration of point-of-care ultrasound in pediatric emergency medicine. *Curr Opin Pediatr*. 2024 Jun 1;36(3):256-265.

• Keywords

Cure Palliative Pediatriche

Ecografia Clinica

Ecografia Procedurale



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL PROGETTO SVOVET: IL VALORE SOCIALE DELLA FORMAZIONE PROFESSIONALE DELL'ESTETISTA CON PAZIENTI FRAGILI

Andrea Giannelli¹, Melania Raccichini¹, Luca Franchini¹, Silvia Varani¹, Raffaella Pannuti¹

¹Fondazione ANTI Italia Onlus, Bologna, Italia

SCOPO: La cura del corpo si inserisce all'interno di una visione più ampia del benessere complessivo della persona, in cui mente e corpo si influenzano reciprocamente, incidendo sullo stato di salute. L'aspetto fisico e l'immagine corporea rappresentano elementi chiave per la costruzione dell'autostima e dell'identità personale, con un impatto significativo sul benessere psicologico. Questo tema assume un'importanza particolare anche nei casi di malattia in fase terminale. Il percorso che va dalla diagnosi alle terapie fino alle cure palliative comporta profondi mutamenti corporei per il paziente. Nelle patologie oncologiche, ad esempio, la perdita dei capelli, l'alopecia, le variazioni di peso e la presenza di cicatrici rendono evidente la vulnerabilità dell'esistenza, minando profondamente il senso di identità, il valore personale e l'autostima. Questi fattori possono contribuire ad aggravare una sintomatologia che già compromette la qualità di vita del malato. Risulta quindi di fondamentale importanza - in primis - il riconoscimento e poi la formazione di figure professionali che possano rispondere alle esigenze fin qui descritte. Per esempio, nell'ottica della responsabilità sociale della formazione professionale, l'estetica sociale risponde alle esigenze più attuali di una domanda ad alto impatto sociale emersa solo da pochi anni. Attraverso lo scambio di buone pratiche, il confronto e la condivisione per superare le barriere di accesso, il presente progetto, denominato SVOVET (Social Value of Vocational Esthetician's Training) mira a riconoscere un nuovo percorso formativo basato su un modello europeo comune e di maggior valore sociale collettivo, e si propone in continuità con il progetto SVOVE, che aveva riconosciuto la necessità di riconoscere la figura dell'estetista sociale a livello europeo. Il progetto SVOVET è motivato da diversi fattori chiave: rispondere a un bisogno emergente, migliorare l'innovazione nella formazione, promuovere l'inclusione sociale, facilitare la collaborazione europea e contribuire alla crescita economica. SVOVET è stato finanziato dall'agenzia nazionale italiana per l'Erasmus+. Collaborano al progetto diverse organizzazioni (centri professionali, università, enti del settore terziario) provenienti da Italia, Romania, Grecia, Finlandia, Francia e Spagna.

METODO: Da un punto di vista metodologico e operativo, SVOVET intende rispondere alle esigenze sopra descritte utilizzando un approccio di ricerca evidence-based e adottando un approccio partecipativo bottom-up di tipo integrato, fondato sullo scambio di esperienze e pratiche provenienti da tutti i partner. Tale metodologia si basa sulla creazione di diverse tipologie di gruppi di lavoro multidisciplinari e intersettoriali che si impegnano nell'istituzione di un percorso formativo europeo centrato sulla formazione dell'estetista sociale.

RISULTATI: I risultati attesi del progetto possono essere riassunti come segue: i) co-creazione e co-progettazione di un programma di formazione specialistica in socio-estetica; questo corso sarà erogato dalle quattro scuole partner nelle loro sedi locali a estetisti qualificati selezionati, intendendo fornire alle estetiste gli strumenti necessari per operare in modo ancor più professionale sia in ambito pubblico che privato; ii) Convalida del programma di formazione, valutato attraverso un approccio di ricerca basato sull'evidenza e incentrato sull'analisi pre-post e sull'implementazione di tirocini personali, dimostrando come i professionisti appena formati possano integrarsi pienamente nella forza lavoro; iii) l'analisi dei bisogni, il programma di formazione specialistica e i risultati della ricerca evidence-based culmineranno in un protocollo da presentare ai decisori a livello locale, nazionale e comunitario, promuovendo il riconoscimento del socio-estetista come membro a tutti gli effetti delle équipe multidisciplinari e multiprofessionali che forniscono assistenza alle persone fragili nei momenti di maggior bisogno e difficoltà.

CONCLUSIONI: Quando non è più possibile intervenire per guarire, l'attenzione si sposta sulla qualità della vita, che diventa la priorità per il paziente, per i suoi familiari e per i professionisti coinvolti nell'assistenza. Prendersi cura dell'aspetto fisico anche nelle fasi terminali della malattia significa valorizzare la dignità della persona, riconoscendola innanzitutto come individuo e non solo come portatore di una patologia. In questo contesto, la figura della socio-estetista può assumere un ruolo fondamentale all'interno di un'équipe multidisciplinare, offrendo supporto a chi si trova in una condizione di fragilità e fatica a mantenere un rapporto sereno e positivo con la propria immagine. La formazione professionale è riconosciuta a livello inter



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



europeo di tale figura risponde in maniera precisa alle esigenze di una parte della popolazione che necessita più che mai di un supporto dalla riconosciuta efficacia, con personale adeguatamente formato.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DARE SIGNIFICATI ALLA CURA: UNA ESPERIENZA IN CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DI DUE INFERMIERE NEOLAUREATE

Martina Giachello¹, Asia Strepolaro², Chiara Provasoli¹, Alessandro Ripicini¹, Carlotta Pavesi⁶, Chiara Poggio¹, Luca Cullia³, Annamaria De Caria⁴, Francesca Paragalli¹, Prisca Elgomi Basevi⁵, Ana Maria Zuniga Guerrero⁵, Annalisa Saetta⁵, Laura Velutti⁵

¹Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital IRCCS, Milano, Italia, ²Degenze Chirurgia, Cancer Center, Humanitas Research Hospital IRCCS, Milano, Italia, ³CSAP Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁴Servizio Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital IRCCS, Milano, Italia, ⁵UO di Oncologia Medica e di Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital IRCCS I, Milano, Italia, ⁶Servizi Assistenziali, Cancer Center, Humanitas Research Hospital IRCCS, Milano, Italia

SCOPO: Le cure palliative sono un'area specialistica dell'assistenza sanitaria caratterizzata da un'elevata complessità clinica, relazionale, valoriale (Becker et al. 2009, Sekse et al. 2018, Martinsen, 2003; Mount, 2013). Questo contesto può incidere sulla costruzione e sull'evoluzione dell'identità professionale degli operatori sanitari, in particolare per coloro che si affacciano al mondo del lavoro. Per i neolaureati in infermieristica, un tirocinio in ambito di cure palliative può rappresentare un'esperienza formativa e trasformativa, e che può contribuire a ridefinire il significato del concetto di "cura" (Ballesteros et al. 2014, Hold et al. 2015).

Con questa esperienza abbiamo inteso esplorare le percezioni, le motivazioni intrinseche e i vissuti personali e professionali di due infermiere neolaureate che hanno avuto l'opportunità di svolgere un'esperienza formativa e assistenziale all'interno del contesto delle cure palliative. L'obiettivo è stato quello di valutare l'impatto di tale percorso sullo sviluppo individuale e professionale di queste giovani professioniste, analizzando come l'entrare in questo ambito abbia influenzato la loro visione della professione infermieristica e del significato del "prendersi cura".

METODO: La nostra esperienza si è svolta presso la Unità di Cure Palliative Domiciliari del nostro Istituto, un ospedale policlinico universitario in una zona metropolitana del nord Italia. Le colleghe si sono laureate presso la facoltà di infermieristica della Università a cui è legata il nostro Ospedale nell'anno accademico 2023-2024.

La raccolta delle informazioni è avvenuta tramite la somministrazione di interviste semi-strutturate individuali, su una traccia di quattro domande aperte a carattere esplorativo e riflessivo. Le interviste sono state gestite da un'infermiera con una consolidata esperienza professionale nell'ambito dell'assistenza domiciliare in cure palliative. Le interviste sono state registrate, trascritte e analizzate tramite analisi tematica induttiva, seguendo il metodo di Braun e Clarke (Braun & Clarke, 2006). Le partecipanti avevano maturato un'esperienza diretta in cure palliative presso il nostro servizio nel corso del percorso universitario, terminato con un elaborato di tesi svolto nello stesso ambito. Le interviste sono state somministrate nel mese di febbraio 2025.

RISULTATI: Le due neolaureate riferiscono che la scelta di orientarsi verso le cure palliative è stata motivata da esperienze personali significative. Inizialmente, la loro opinione sullo scopo delle cure palliative era associata alla idea di gestione del dolore fisico e all'assistenza nella fase terminale della vita. L'esperienza clinica, unita alla formazione teorica e alla riflessione critica, ha permesso loro di sviluppare una concezione più ampia e olistica del concetto di "prendersi cura" centrata sulla relazione, l'ascolto e la personalizzazione dell'assistenza. La esperienza di tirocinio in cure palliative è stata vissuta come fortemente arricchente e formativa sia a livello personale che professionale. Inoltre ha rappresentato occasioni di confronto su temi esistenziali profondi e autentici, stimolando maggior consapevolezza di sé, dei propri valori. Inoltre ha permesso loro di sviluppare e consolidare competenze relazionali, comunicative e assistenziali complesse, cruciali per affrontare la delicatezza del contesto, maturando una visione più profonda e integrata del proprio ruolo e abbracciando pienamente la dimensione umana della cura. Una delle due giovani colleghe ha scelto dopo il tirocinio e la laurea di rimanere a lavorare presso il nostro servizio.

CONCLUSIONI: Gli elementi raccolti suggeriscono che un contatto precoce e strutturato con le cure palliative può rappresentare un'importante occasione di crescita personale e professionale per i neolaureati in infermieristica. Tali esperienze contribuiscono in modo significativo alla costruzione di un'identità



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



professionale consapevole, fondata su un approccio centrato sulla persona, sulla relazione e sulla valorizzazione dell'aspetto umano dell'assistenza.

La possibilità di vivere in prima persona il "prendersi cura" in contesti complessi, può aiutare i giovani professionisti a ridefinire i propri valori, sviluppare competenze comunicative complesse e abbracciare una visione più completa e integrata della professione infermieristica.

In linea con la letteratura internazionale (Ballesteros et al., 2014; Hold et al., 2015; Sekse et al., 2018), l'esperienza delle due infermiere neolaureate conferma che la formazione in cure palliative ha un valore pedagogico e trasformativo, capace di incidere profondamente sulla visione della cura e sullo sviluppo del ruolo professionale. Si auspica che tali percorsi formativi possano essere implementati nei curricula universitari per favorire una preparazione infermieristica più completa e consapevole.

BIBLIOGRAFIA:

- Ballesteros, M., Centeno, C., & Arantzamendi, M. (2014). A qualitative exploratory study of nursing students' assessment of the contribution of palliative care learning. *Nurse Education Today*, 34(6), e1-e6. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2013.12.010>
- Becker R. 2009. Palliative care 1: Principles of palliative care nursing and end-of-life care. *Nursing Times*. 105(13):14-16.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.
- Hold, J. L., Blake, B. J., & Ward, E. N. (2015). Perceptions and experiences of nursing students enrolled in a palliative and end-of-life nursing elective: A qualitative study. *Nurse Education Today*, 35(6), 777-781. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2015.02.011>
- Martinsen K. 2003. Omsorg, sykepleie og medisin: historisk-filosofiske essays. 2nd ed. Oslo: Universitetsforlaget.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA GESTIONE DI CASI COMPLESSI IN OSPEDALE: PROGETTO DI "INTER-PROFESSIONAL EDUCATION" FRA UNITÀ DI CURE PALLIATIVE, PSICO-ONCOLOGIA E MEDICINA INTERNA

Simona Sacchi¹, Silvia Di Leo¹, Silvia Tanzi¹, Sara Alquati¹, Sebastiano Ruozzi¹, Silvia Filiberti¹, Elisabetta Bertocchi¹, Cristina Autelitano¹, Francesca Sassi¹, Luca Ghirotto¹, Loredana Buonaccorso¹

¹AUSL-IRCCS, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: Una delle maggiori difficoltà che incontrano i professionisti ospedalieri nella cura di pazienti con patologie inguaribili in fase avanzata è sostenere e comprendere le sfide emotive connesse alla relazione con la persona malata e la sua famiglia. Mentre i professionisti in Cure Palliative e gli psicoterapeuti che lavorano in ambito psico-oncologico dispongono di strumenti per modulare le proprie risposte emotive in questi delicati scenari, i professionisti dei reparti di medicina interna ne sono meno provvisti.

La collaborazione interprofessionale (Inter-Professional Collaboration, IPC) è un approccio strategico all'organizzazione e all'erogazione dell'assistenza sanitaria, che si riferisce a modalità di lavoro coordinate tra professionisti di diverse discipline, i quali cooperano attivamente tra loro e con pazienti, caregiver e comunità, con l'obiettivo di garantire un'assistenza integrata, continua e di elevata qualità nei diversi contesti di cura. Una delle strategie utili a migliorarla è l'"Inter-Professional Education" (IPE) che ha luogo quando due o più professioni imparano insieme, gli uni dagli altri reciprocamente, per migliorare la collaborazione e la qualità dell'assistenza. Ad oggi, non esistono in letteratura studi focalizzati sulla descrizione delle interazioni fra i professionisti di un reparto di Medicina interna e due équipe specialistiche di Cure Palliative e Psico-Oncologia nell'ambito di un percorso di IPE.

Questo Progetto nasce dalla collaborazione maturata negli anni tra le tre strutture e dai bisogni di formazione espressi dai professionisti della Medicina interna (medici, infermieri e OSS), derivanti dalle difficoltà sperimentate nella gestione di casi ad elevata complessità comunicativa e relazionale. Per tali casi era, infatti, spesso stato richiesto l'intervento specialistico delle Cure Palliative e della Psico-Oncologia. Per rispondere ai bisogni formativi dei professionisti, è stato proposto un percorso di IPE cui hanno preso parte gli operatori delle tre strutture.

Il presente studio ha l'obiettivo di comprendere le interazioni delle Unità di Cure Palliative e Psico-Oncologia con il team della Medicina interna, nel contesto di un percorso IPE, specificatamente focalizzato sugli aspetti emotivi e relazionali nell'assistenza a pazienti con bisogni di cure palliative e loro famigliari.

La domanda di ricerca dello studio è stata: Come si svolgono le interazioni fra i professionisti di due équipe specialistiche (Cure palliative e Psico-Oncologia) e quelli di una Medicina interna ospedaliera durante un percorso di IPE?

METODO: Per rispondere alla domanda di ricerca è stata adottata la cornice metodologica dell'etnografia focalizzata, un adattamento dell'etnografia tradizionale finalizzato a generare evidenze contestualizzate su una specifica problematica pratica, all'interno di un gruppo o contesto delimitato. Nell'ambito del nostro studio, questo approccio ha permesso di ottenere una comprensione profonda degli aspetti culturali, dei valori e delle credenze dei gruppi di professionisti impegnati in un percorso di IPE per migliorare la qualità della IPC. La profondità di comprensione propria della ricerca etnografica richiede l'impiego di molteplici metodi di raccolta dati, tra cui l'osservazione partecipante—che implica un'immersione prolungata e culturalmente situata nel contesto di studio—unitamente alla conduzione di interviste e all'analisi di materiali documentali.

Il "campo" dello studio è rappresentato dagli incontri mensili di IPE, della durata di circa 90 minuti, svolti in un'aula didattica all'interno di un ospedale. A questi incontri partecipavano a rotazione un medico e un'infermiera dell'UCP, insieme a una psicologa dell'Unità di Psico-Oncologia, mentre la partecipazione degli operatori dell'Unità di Medicina interna era su base volontaria. Era inoltre presente, in qualità di osservatore esterno e ricercatore, uno psicologo in formazione specialistica afferente all'Unità di Psico-Oncologia. Al termine di ciascun incontro, veniva realizzato un debriefing della durata di circa 30 minuti tra la psicologa, il medico, l'infermiera e l'osservatore, con l'obiettivo di riflettere sull'esperienza e favorire un'elaborazione condivisa. Il data-set su cui è stata effettuata l'analisi ha incluso:

- note di campo dell'osservatore, focalizzate in particolare sulla negoziazione dei ruoli, la costruzione delle relazioni fra i tre gruppi di professionisti e gli aspetti emotivi emergenti;



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- note di campo dei professionisti delle due Unità durante e dopo gli incontri, nell'ambito di riunioni prestabilite e di situazioni informali.

Il materiale è stato raccolto dalla PI dello studio in un diario di ricerca.

Al termine del percorso sono stati organizzati due focus group: uno con i professionisti della Medicina interna, l'altro con i professionisti delle Cure Palliative e della Psico-Oncologia, condotti da una ricercatrice esterna.

L'analisi dei dati prevederà una triangolazione dell'analisi tematica svolta sul materiale raccolto attraverso i gli strumenti sopramenzionati: 1) note di campo dell'osservatore e dei membri delle Unità di Cure Palliative e di Psico-oncologia che hanno partecipato al percorso di IPE; 2) trascrizioni e note di campo relative ai due focus group. I risultati ottenuti saranno quindi discussi con tutti i partecipanti al percorso, per essere ulteriormente arricchiti e corroborati.

RISULTATI: Tra febbraio e giugno 2024 sono stati effettuati cinque incontri di IPE, strutturati a partire dalla discussione di casi clinici portati dai professionisti della Medicina Interna. Gli incontri hanno visto la partecipazione di un numero variabile di operatori, compreso tra 5 e 15, con prevalenza dei medici.

Dopo questi incontri i membri dell'Unità di Cure palliative e di Psico-Oncologia coinvolti nel percorso hanno effettuato un'analisi preliminare delle note di campo i cui risultati hanno guidato la seconda parte del percorso. I temi emersi sono stati: la relazione con i diversi sistemi familiari, il coinvolgimento emotivo, la gestione della rabbia degli utenti.

I successivi incontri svolti da ottobre a novembre 2024 hanno quindi riguardato rispettivamente il tema delle tipologie familiari, il coinvolgimento emotivo degli operatori e la gestione della rabbia, tramite la lettura di casi simulati ed esercizi di scrittura riflessiva, con successiva condivisione in gruppo.

L'analisi dei due focus group è in corso.

I risultati definitivi dello studio saranno presentati in sede congressuale.

CONCLUSIONI: Le conclusioni dello studio saranno presentati in sede congressuale.

BIBLIOGRAFIA:

WHO (2010) Framework for action on interprofessional education and collaborative practice.
<https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>

Higginbottom G, Pillay JJ, Boadu NY. Guidance on performing focused ethnographies with an emphasis on healthcare research. Qual Rep. 2013; 18(17):1–16.14.

Reigada C, Sapeta P, Centeno C. The value of the ethnographic approach to research issues in palliative care. Current Opinion in Supportive and Palliative Care. 2019; 13(4): 337-343.)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ANALISI QUALITATIVA DI UN INTERVENTO FORMATIVO COMPLESSO SUI BENEFICI DELL'APPROCCIO PALLIATIVO IN MEDICINA GENERALE

Vanessa Nunziata¹, Chiara Crescentini², Giorgio Stefanini³, Alessandro Stregola⁴, Saverio Rociola⁵, Pierangelo Lora Aprile⁶

¹AUSL Romagna, Ospedale Infermi, Rimini, Italia, ²AUSL ROMAGNA, Rimini, Italia, ³ASL2 Marca Trevigiana, Casalesul Sile, Italia, ⁴ASLBT, Barletta, Italia, ⁵ASLBT, Fondazione ANT, Barletta, Italia, ⁶Italian College of General Practitioners and Primary Care, Firenze, Italia

SCOPO: I dati della letteratura indicano un crescente bisogno di cure palliative primarie spesso non identificato in una popolazione sempre più anziana e con patologie croniche. Scopo dello studio è valutare la consapevolezza dei benefici e l'applicabilità dell'approccio palliativo nel setting della Medicina Generale attraverso la somministrazione di un pacchetto formativo complesso.

METODO: La popolazione oggetto dello studio è formata da un gruppo di 24 Medici di Medicina Generale delle province di Treviso, Rimini e Barletta-Andria-Trani, senza particolare interesse in Cure Palliative e che non ha già ricevuto una formazione specifica in merito. Al campione oggetto dello studio verrà somministrato un intervento formativo complesso tramite presentazione frontale. Prima e dopo la formazione verrà sondata la consapevolezza relativa alla tematica mediante questionario NoMAD. Successivamente, un gruppo selezionato di 8 medici parteciperà ad un focus group per esplorare la propensione al cambiamento.

RISULTATI: L'analisi e la raccolta dei dati è in corso. Al termine dello studio si prevede che i colleghi recepiscono positivamente la formazione ricevuta e riescano ad applicare l'approccio palliativo nella pratica quotidiana facendo emergere eventuali criticità e proposte relative alla tematica.

CONCLUSIONI: I dati della letteratura indicano che le cure palliative vengono spesso offerte in una fase tardiva del percorso di malattia. Il nostro studio supporta la centralità del Medico di Medicina Generale nell'identificazione dei pazienti con bisogni di cure palliative, per una presa in carico precoce che possa migliorare la qualità della vita del paziente e del caregiver.

BIBLIOGRAFIA:

1. Greer, J. A., Jackson, V. A., Meier, D. E., & Temel, J. S. (2013). Early integration of palliative care services with standard oncology care for patients with advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 63(5), 349–363. <https://doi.org/10.3322/caac.21192>
2. Sawatzky R, Porterfield P, Lee J, Dixon D, Lounsbury K, Pesut B, Roberts D, Tayler C, Voth J, Stajduhar K. Conceptual foundations of a palliative approach: a knowledge synthesis. *BMC Palliat Care*. 2016 Jan 15;155.
3. Finch, T.L., Girling, M., May, C.R., Mair, F.S., Murray, E., Treweek, S., Steen, I.N., McColl, E.M., Dickinson, C., Rapley, T. (2015). NoMAD: Implementation measure based on Normalization Process Theory. [Measurement instrument]. Retrieved from <http://www.normalizationprocess.org>.
4. McNamara B.A., Rosenwax L.K. et al. "Early admission to community-based palliative care reduces use of emergency departments in the ninety days before death" *J. Pall. Medicine* 2013;16:N.7
5. Greer J.A., Pirl W.F. et al. "Effect of early palliative care on chemotherapy use and end-of-life care in patients with metastatic non-small-cell lung cancer" *J. Clin Oncol*. 2012;30:394-400



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRACCIA DI UNA INDAGINE SULLA PRESCRIZIONE E CONOSCENZA DEI PREPARATI FARMACOLOGICI A BASE DI CANNABIS

Bruno Nicora¹

¹Azienda Sanitaria di Alessandria, Tortona, Italia

SCOPO: definire uno stato dell'arte dell'uso della cannabis, definire quanto i medici sappiano non solo dei principi farmacologici e delle indicazioni ma anche delle corrette modalità di prescrizione e disponibilità per il paziente



METODO: indagine tramite un form che propone una rapida intervista che fornisce un primo colpo d'occhio sull'utilizzo

social su cui è stato somministrata la survey

“cosa sono e a cosa servono le cure palliative”

“anestesisti rianimatori social club”

“caregiver familiare lavoratore”

“coltivatori di canapacbd 2.0”

“semplicemente medici”

“anestesisti e rianimatori italiani on web”

“anestesisti, rianimatori, medici di emergenza e problematiche di lavoro”

“Hospice cure palliative storie racconti paure medicina narrativa”

“movimento hospice e unità cure palliative”

“rete italiana cure palliative pediatriche”

“cbd thc canapalight (legale) cannabis farmaceutica e derivati”

“medicina d'emergenza urgenza”

“prospettiva neuroassiale”

domande da somministrare:

- 1) ruolo, tipo di azienda (asl/asst/a.o./irccs/mmig/libero professionista), età
- 2) Nella pratica clinica hai mai prescritto la cannabis?
- 3) Il feedback del paziente è:
- 4) conosci la procedura per la sua prescrizione?

RISULTATI: 1. Stato Attuale della Prescrizione: Negli ultimi dieci anni, la cannabis è stata progressivamente accettata come trattamento adiuvante in diverse patologie, ma la sua prescrizione rimane limitata. Molti medici non hanno ancora una chiara comprensione delle modalità corrette per prescrivere cannabis terapeutica.

2. Conoscenza e Formazione: La maggior parte dei medici intervistati ha dimostrato lacune nella conoscenza riguardo ai principi farmacologici della cannabis e alle indicazioni cliniche appropriate. Questo suggerisce la necessità di programmi di formazione mirati per aggiornare i professionisti sanitari.

3. Feedback dei Pazienti: I pazienti che hanno ricevuto cannabis terapeutica spesso riportano esperienze positive, ma l'assenza di una procedura chiara per la prescrizione può generare confusione e incertezze.

Implicazioni nella Pratica Clinica Quotidiana



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- **Integrazione nei Trattamenti:** La cannabis potrebbe essere integrata come opzione terapeutica in ambito palliativo e per il trattamento del dolore cronico, migliorando la qualità della vita dei pazienti.
- **Educazione Continua:** È fondamentale implementare corsi di aggiornamento per i medici sulla cannabis terapeutica, affinché possano informare adeguatamente i pazienti e considerare questa opzione nei loro piani di trattamento.

Fattori che Frenano la Prescrizione

1. **Mancanza di Conoscenze Specifiche:** La carenza di informazioni dettagliate sui preparati a base di cannabis e sulle loro applicazioni cliniche rappresenta un ostacolo significativo per i medici.
2. **Preoccupazioni Legali e Etiche:** Alcuni medici possono essere riluttanti a prescrivere cannabis a causa di incertezze legali o timori riguardanti le implicazioni etiche della sua somministrazione.
3. **Resistenza Culturale:** La percezione della cannabis come sostanza ricreativa piuttosto che terapeutica può influenzare negativamente la volontà dei medici di prescriverla.

CONCLUSIONI: La ricerca sull'uso della cannabis terapeutica ha rivelato risultati significativi riguardo alla sua prescrizione e alla conoscenza da parte dei medici. Di seguito sono presentate le conclusioni, le implicazioni nella pratica clinica quotidiana e i fattori che ostacolano la prescrizione di cannabis terapeutica. In sintesi, nonostante il potenziale della cannabis terapeutica, è necessario un cambiamento culturale e formativo tra i professionisti della salute per facilitare una maggiore accettazione e utilizzo nella pratica clinica quotidiana.

BIBLIOGRAFIA:

Russo EB. History of cannabis and its preparations in saga, science, and sobriquet. *Chemistry & Biodiversity*. 2007;4(8):1614-1648.

Whiting PF, Wolff RF, Deshpande S, et al. Cannabinoids for medical use: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;313(24):2456-2473.

European Medicines Agency (EMA). Guideline on the use of herbal medicinal products containing cannabinoids. 2020. Disponibile su: www.ema.europa.eu

Governo Italiano - Ministero della Salute. Uso medico della cannabis in Italia: normativa e linee guida. 2022. Disponibile su: www.salute.gov.it

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. The health effects of cannabis and cannabinoids: The current state of evidence and recommendations for research. National Academies Press. 2017.

Zuardi AW. History of cannabis as a medicine: a review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 2006;28(2):153-157.

Baron EP. Medicinal properties of cannabinoids, terpenes, and flavonoids in cannabis and benefits in migraine, headache, and pain: an update. *Headache: The Journal of Head and Face Pain*. 2018;58(7):1139-1186.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INTEGRAZIONE DELLE CRA NELLA RETE LOCALE DI CURE PALLIATIVE: ANALISI DELLE ESPERIENZE NELL'UTILIZZO DELLO SPICT (2024-2025)

Simone Cernesi¹, Maria Elisa Finelli², Paolo Vacondio³, Maria Grazia Bonesi⁴, Anna Tusini⁵

¹Convenzionato AUSL, Modena, Italia, ² Unità Cure Palliative, Modena, Italia, ³ Unità Cure Palliative, Modena, Italia, ⁴ Medico Formatore, Modena, Italia, ⁵ Corso Formazione Specifica Medicina Generale RIER, Modena, Italia

SCOPO: La Legge 38/2010[1] raccomanda l'erogazione delle Cure Palliative (CP) in ogni setting (art. 2, comma 1), tuttavia ad oggi le case residenza anziani (CRAo RSA) sono ancora poco integrate nelle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP) causando spesso sofferenze inutili ai degenti e alle famiglie con conseguenti ripercussioni in termini di qualità di vita e costi per il Servizio Sanitario.

Il principale ostacolo è organizzativo: le Reti sono sottodimensionate in termini di risorse economiche e umane.

Con il nostro modello intendiamo promuovere la centralità delle Cure Palliative Primarie [2] nel percorso assistenziale utilizzando come facilitatori dei percorsi CPCRA-RSA i Medici di Medicina Generale Esperti in CP affiancati dall'infermiere dedicato delle CP della RLCP e, in casi selezionati, dello psicologo della RLCP. In questo contesto, ci siamo interrogati sulla possibilità che lo SPICT fosse percepito dall'equipe come uno strumento sufficientemente semplice e fruibile per riconoscere i bisogni di Cure Palliative.

Considerando l'elevato turnover del personale sanitario come una delle potenziali criticità di questo contesto assistenziale, abbiamo previsto la costituzione di un team interno dedicato in ciascuna CRA della provincia e programmato incontri regolari tra Equipe RLCP e quella interna alle CRA, al fine di garantire continuità e coerenza nell'intervento.

Lo scopo del nostro lavoro è stato raccogliere e analizzare le informazioni sull'utilizzo di SPICT nel contesto delle CRA. Si specifica che abbiamo utilizzato nel protocollo dell'Azienda Sanitaria relativo alle CP in CRA la versione italiana e completa di SPICT[3].

METODO: A seguito di diversi focus groups si è condiviso di usare SPICT tra i vari strumenti disponibili in letteratura. Lo strumento è stato condiviso attraverso la formazione in Cure Palliative di base (online) insieme alla supervisione periodica (sul campo) nelle CRA.

Dopo un periodo di oltre 12 mesi di osservazione, abbiamo elaborato un questionario tramite Google Form con l'obiettivo di valutare l'effettiva semplicità d'impiego dello SPICT, la sua percezione come strumento utile per l'identificazione precoce dei bisogni e il suo impiego nella definizione dei Progetti Assistenziali Individualizzati (PAI).

RISULTATI: 60 questionari sono stati compilati correttamente e, di questi, il 28% è stato compilato da infermieri, l'8,3% da Medici di Medicina Generale Esperti, il 18,3% da Medici delle CRA-RSA, il resto dei partecipanti è rappresentato principalmente da Coordinatori e Responsabili delle Attività Assistenziali (RAA) delle CRA.

Il 73,3% è personale interno alle CRA mentre, del restante 26,7% lavora anche nel contesto dell'Assistenza Domiciliare (quindi è personale della RLCP).

Emerge inoltre che il 16,7% asserisce di non aver ricevuto una precedente formazione in Cure Palliative.

Relativamente all'impiego nella pratica clinica di strumenti di valutazione, pochi conoscono NECPAL, PIGe RADPAC, mentre SPICT circa l'80% lo utilizza frequentemente (Grafico 1).

Riguardo alla percezione degli Operatori nei confronti di quest'ultimo: lo SPICT è ritenuto "intuitivo e semplice" dal 77% dei partecipanti. Il 57% ne utilizza i suggerimenti per redigere il progetto di cura (Grafico 2). È ritenuto potenzialmente utile anche in setting diversi (es. domicilio) dall'85% del campione (Grafico

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



GRAFICO 1.

Quanto spesso utilizzi questi strumenti nella pratica clinica per individuare pazienti con bisogni di Cure Palliative?

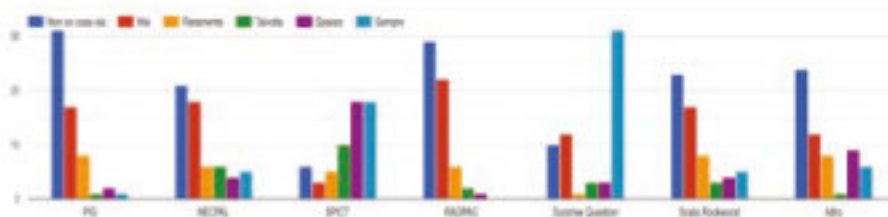


GRAFICO 2.

Nella pratica clinica quanto spesso lo SPICT ti ha aiutato a...

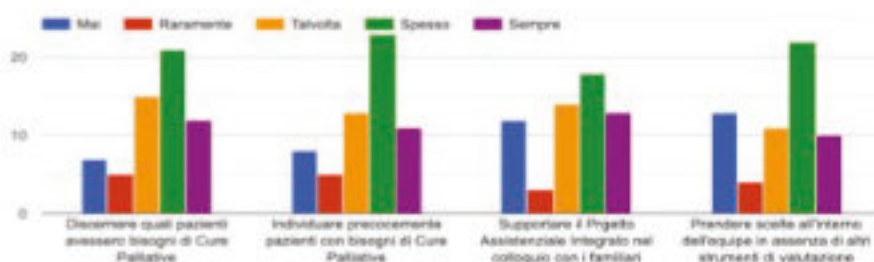


GRAFICO 3.

Pensi che lo SPICT possa essere uno strumento utile anche in setting diversi dalla CRA (es. a domicilio)?

60 risposte



CONCLUSIONI: Pur riconoscendo i limiti di una ricerca condotta tramite questionario e in un arco temporale ristretto, il presente lavoro si caratterizza per la sua originalità, in quanto non risultano esperienze italiane documentate in Letteratura sull'impiego dello SPICT nelle CRA.

Lo SPICT si conferma uno strumento pratico e utile nella quotidianità clinica.

Tuttavia, emerge l'esigenza di una formazione specifica prima di integrarlo nei diversi contesti assistenziali, al fine di valorizzare appieno le potenzialità.

Si pensi ad esempio alla sezione dedicata ai suggerimenti, troppo poco utilizzata nella definizione dei progetti di cura.

Sarebbe inoltre opportuno promuovere ulteriori studi che approfondiscano l'impiego dello SPICT anche nell'ambito dell'assistenza domiciliare.

Lo strumento si adatta ai nostri obiettivi ovvero: l'identificazione precoce e una miglior definizione dei progetti di cura.

Sarebbe opportuno rafforzare la formazione presentando SPICT insieme a REDMAP[4] e ad una formazione centrata sul future care planning in maniera più integrata.

È auspicabile, inoltre, che ogni provincia adotti una strategia di integrazione RLCP con le CRA-RSA al fine di adottare una procedura condivisa quale primo tentativo di dare risposte a bisogni da troppo tempo inattesi.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

BIBLIOGRAFIA:

1. Testo Legge 38/2010 <https://www.gazzettaufficiale.it/gunewsletter/dettaglio.jsp>
2. Munday D, Pastrana T, Murray SA. Defining and developing primary palliative care as an essential element of primary health care. *Palliat Med.* 2024 Sep;38(8):766-769. doi: 10.1177/02692163241270915. Epub 2024 Aug 19. PMID: 39155820; PMCID: PMC11528942
3. Casale G, Magnani C, Fanelli R, et al. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICT™): content validity, feasibility and pre-test of the Italian version. *BMC Palliative Care* 19, 79 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00584-3>
4. <https://www.spict.org.uk/red-map/>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE PERINATALI: ATTITUDES O ATTITUDINI?

Oriana Capelli¹, Pierpaolo Servi², Federico Pellegatta³

¹ Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero, Brescia, Italia, ² Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, Italia, ³ VIDAS, Milano, Italia

SCOPO: Attualmente in Italia i percorsi di Cure Palliative Pediatriche (CPP) e Cure palliative Perinatali (CPPn) sono poco fruibili e disponibili solo per il 15-18% dei pazienti eleggibili, con ancora sette regioni dove questo tipo di assistenza non è ancora presente. Alla luce di tali dati sono stati ricercati fattori disincentivanti all'attuazione di un piano strutturato di CPP e CPPn; tra questi si è preso in analisi il Moral Distress (MD), ovvero uno stress assistenziale correlato definito come la sofferenza emotiva, psicologica e fisiologica alla quale un soggetto è sottoposto se tenuto a operare contrariamente ai propri valori etici e morali. L'obiettivo di questo lavoro è analizzare il fenomeno del MD negli infermieri impegnati nell'assistenza alle CPP, con particolare riferimento all'ambito neonatologico e alle CPPn; riconoscendo nella capacità di rappresentare un ostacolo all'attuazione di tale presa in carico. L'obiettivo secondario è valutare la correlazione tra MD e fattori intrinseci ai professionisti (definiti come attitudini) o legati al setting operativo e organizzativo (definiti come attitudes).

METODO: Per raggiungere gli obiettivi prefissati è stata condotta una revisione narrativa della letteratura. Sono stati selezionati 8 studi esistenti riguardo la tematica del Moral Distress in contesti di cure palliative pediatriche, con una particolare attenzione anche all'ambito neonatale.

RISULTATI: Il Moral Distress è un fenomeno ampiamente rappresentato per chi lavora in setting assistenziali. A livello mondiale, nel 2023, il livello medio di MD (analizzato su una scala da 0-10) era pari a 2,55; con un livello di 3,14 nei paesi in via di sviluppo contro il livello di 2,14 analizzato nei paesi sviluppati. Per quanto riguarda gli ambienti di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), analizzando un campione composto da infermieri impiegati in tale reparto da almeno sei mesi, risulta che il 60,5% ha riscontrato livelli bassi di MD, mentre il 39,4% riferisce livelli moderati e alti. I dati raccolti evidenziano una variabilità significativa nell'incidenza del MD e sono strettamente legati all'area di impiego del campione analizzato. Infatti, il MD risulta avere livelli più alti nelle unità operative appartenenti alle aree critiche (come ad esempio le Terapie Intensive Pediatriche). Questa eterogeneità dei dati può essere correlata alla mancanza di uno strumento univoco in grado di misurare tale fenomeno in ambiente pediatrico. Inoltre, negli studi analizzati non vi è una distinzione tra gli operatori impiegati o non in percorsi assistenziali di CPP o CPPn. Nonostante ciò, un terzo degli infermieri riferisce di aver messo in atto interventi eccessivamente gravosi, mentre il 69% riferisce di aver provato almeno una volta nella propria carriera la sensazione di aver contribuito alla sopravvivenza di pazienti ai quali "non avrebbero dovuto salvare la vita". Tra i principali fattori di rischio emergono condizioni lavorative sfavorevoli, come carenza di personale, un rapporto paziente-infermiere superiore, elevato numero di ricoveri annui e mancanza di protocolli specifici. Sul piano personale, anche il solo essere infermiere sembra essere un fattore predisponente all'insorgenza del MD, mentre una forte spiritualità appare come un elemento protettivo. Lavorare con pazienti critici e affrontare conversazioni difficili con i genitori, in particolare nei momenti di ridefinizione degli obiettivi di cura, rappresentano situazioni ad alto impatto emotivo per gli infermieri. Contrariamente a quanto si possa pensare, prendere decisioni, seppure delicate e complesse, non rappresenta un fattore correlato al MD. Anzi, è necessario lasciare che gli infermieri assumano tanta più autonomia e responsabilità quanto più approfondito è il loro grado di formazione e preparazione.

CONCLUSIONI: Le Cure Palliative Perinatali rappresentano un ambito in evoluzione e, per le famiglie, un servizio ancora poco accessibile. Le barriere che ne limitano la diffusione possono essere di natura organizzativa (attitudes) o individuale (attitudini), tra cui il Moral Distress emerge come un elemento chiave nell'evitamento di situazioni di terminalità da parte degli infermieri. Tuttavia, i dati attualmente disponibili risultano eterogenei e non esiste ancora uno strumento validato e univoco per la misurazione del MD nel contesto pediatrico. Ulteriori studi sono necessari per comprendere meglio il fenomeno e sviluppare strategie di supporto efficaci per gli infermieri impegnati nelle CPPn.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

BIBLIOGRAFIA:

- Lamiani G, Barlascini L, Borghi L, Giannini A, Dusio MP, Greggio M, et al. Moral Distress in the Italian PICUs: The Role of Individual and Organizational Factors. *Pediatr Crit Care Med* [Internet]. 2022 Jan;23(11):872–80.
- Carletto S, Ariotti MC, Garelli G, Noto L Di, Berchiolla P, Malandrone F, et al. Moral Distress and Burnout in Neonatal Intensive Care Unit Healthcare Providers: A Cross-Sectional Study in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan;19(14).
- Alimoradi Z, Jafari E, Lin CY, Rajabi R, Marznaki ZH, Soodmand M, et al. Estimation of moral distress among nurses: A systematic review and meta-analysis. Vol. 30, *Nursing Ethics*. SAGE Publications Ltd; 2023. p. 334–57.
- Grasso C, Massidda D, Maslak KZ, Favara-Scacco C, Grasso FA, Bencivenga C, et al. Moral Distress in Healthcare Providers Who Take Care of Critical Pediatric Patients throughout Italy: Cultural Adaptation and Validation of the Italian Pediatric Instrument. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022 Jan;19(7).
- Brasi EL De, Giannetta N, Ercolani S, Gandini ELM, Moranda D, Villa G, et al. Nurses' moral distress in end-of-life care: A qualitative study. *Nurs Ethics* [Internet]. 2021 Jan;28(5):614–27.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SEDAZIONE PALLIATIVA: CONOSCENZA ED APPLICAZIONE DI MEDICI ED INFERMIERI IN ALCUNE UNITÀ OPERATIVE DI UN OSPEDALE UNIVERSITARIO

Roberta Piolini¹, Giovanni Zaninetta²

¹ASST FBF Sacco, Milano, Italia, ²Fondazione Floriani, Milano, Italia

SCOPO: Introduzione

Conoscenza e pratica della sedazione palliativa (SP) rappresentano un punto critico nella gestione clinica del fine vita per la peculiarità dell'argomento, per una persistente distorsione culturale su obiettivi e sostenibilità etica e per una insoddisfacente comprensione della definizione stessa di SP.

La SP presenta aspetti etici, legali, clinici, farmacologici ed organizzativo-gestionali non semplici, collegati ad un momento oggettivamente critico quale il finire della vita.

La SP è un trattamento sanitario che, praticato all'interno di un percorso di Cure Palliative (CP), è eticamente e legalmente lecito, sebbene ancora spesso avvolto dal dubbio, più o meno espresso da pazienti e familiari, ma anche da personale sanitario non palliativista, che si tratti di un intervento volto ad anticipare o addirittura determinare la morte del paziente.

Mentre nelle équipe di CP l'uso della SP, pur con qualche differenza di approccio, occupa un posto di rilievo con definizioni condivise, grazie anche alle Linee Guida SICP-SIAARTI pubblicate nel 2023, nel resto delle specialità cliniche presenta ancora serie criticità.

Per questo abbiamo avviato un'indagine tra personale medico e personale infermieristico, per rilevare conoscenza ed applicazione della tecnica.

Scopo

Scopo primario dello studio è indagare il livello di conoscenza e competenza in CP e nella pratica della SP tra il personale medico non palliativista (MD) ed infermieristico (INF) di alcune unità operative ospedaliere di area medica di un'Azienda Ospedaliera Universitaria.

Obiettivo secondario è far emergere difficoltà e problemi associati alla SP all'approccio palliativistico in genere, di MD verso INF, per UO di appartenenza, per far emergere punti di forza e criticità.

Altro obiettivo secondario è evidenziare il bisogno di formazione riguardo CP e SP in Unità Operative ospedaliere, al fine di migliorare gestione e trattamento dei pazienti bisognosi di CP delle loro famiglie, ed ipotizzare nuovi percorsi di formazione.

METODO: È stato somministrato un questionario conoscitivo di 31 domande riguardanti CP e SP a MD (strutturato ed in formazione) ed INF di 7 Unità Operative di un'Azienda Ospedaliera universitaria della città di Milano: Dipartimento di Medicina Interna, Medicina Emergenza-Urgenza, Pneumologia, Oncologia, Nefrologia-Dialisi, Dipartimento di Malattie Infettive e Anestesia-Rianimazione.

Il questionario è stato somministrato tramite Google Forms, disponibile on line per MD da agosto 2022 a gennaio 2023, per INF da novembre 2024 ad aprile 2025.

L'Azienda Ospedaliera in studio vanta una condizione privilegiata in ambito di CP disponendo di 25 posti letto totali in Hospice ed un'Unità Operativa di Cure Palliative Domiciliari, garantendo una possibile presa in carico diretta ed un servizio di consulenze intraospedaliere.

RISULTATI: Il questionario è stato somministrato a 182 MD (129 strutturati e 53 in formazione) e 194 INF.

Hanno risposto in 110 MD (60,4%), 20,9% dei quali in formazione, e 106 (54,6%) INF.

36,4% dei MD e 44,3% degli INF ha partecipato ad eventi formativi inerenti.

88,2% dei MD e 84% degli INF ha dato corretta definizione di CP.

Riguardo la conoscenza della definizione di SP: 71,8% dei MD e 43,4% degli INF specificava l'azione mirata alla perdita di coscienza del paziente, 86,4% dei MD e 47% degli INF motivava l'indicazione per gestione o trattamento di sintomi. 40,9% delle risposte dei MD e 11,3% degli INF specifica lo stato di malattia terminale o quantomeno avanzato e patologie non guaribili, 1,8% dei MD e 10,4% degli INF specifica la prognosi infausta a breve termine/imminente.

Tutti i MD hanno risposto, mentre 11,3% degli INF ha dichiarato di non saper definire la SP.

Per gli INF una risposta definiva la SP l'alternativa al Suicidio Medicalmente Assistito e più volte la SP veniva distinta dallo stato-gravità di malattia e prognosi del paziente, inoltre veniva ripetutamente evidenziato il concetto di dignità del paziente.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



76,4% dei MD e 64,2% degli INF intervistati dichiara di aver applicato una SP.

Il farmaco identificato nel 100% delle risposte di MD ed INF per applicare una SP è stato la morfina cloridrato. Per 83,6% dei MD e 85,8% degli INF la decisione di SP è da intraprendere col familiare del paziente, ed il sintomo a determinarla è il dolore incoercibile (81,8% dei MD, 79,2% degli INF).

51,2% dei MD intervistati riporta dubbi riguardo l'applicazione di SP, in particolare riguardo correttezza di tempistica (44,2%), farmaci utilizzati e loro dosaggi (34,9%). Nel 4,7% dei MD emerge il dubbio che modifichi (nel senso di ridurre) la prognosi dei pazienti, il concetto di appropriatezza del praticarla, e dell'importanza di procedure comuni.

23,5% degli INF riporta dubbi.

92,7% dei MD ha richiesto un'occasione di formazione in CP ed in SP; in CP il 97,2% e in SP il 96,2% degli INF. Stanno diventando numerose ed in aumento le richieste di intervento del palliativista durante riunioni delle UO o a discussione collegiale di casi clinici complessi, in particolare in UO di area medica e di Emergenza-Urgenza.

CONCLUSIONI: La SP è una procedura sanitaria corretta dal punto di vista etico, deontologico e clinico, doverosa nei casi in cui ne sussistano i presupposti.

Dallo studio si evince che CP e la procedura della SP risultano teoricamente abbastanza conosciute e applicate, ma con una imprecisa conoscenza della tecnica della SP (si veda la costante citazione della morfina come farmaco utilizzato) e non sempre con i relativi presupposti etici. È necessario riconoscere che la SP comporta la competenza specialistica di medici palliativisti e di anestesisti e pertanto, salvo particolari eccezioni, da ricondurre a questi.

La presenza di esperti di CP e la possibilità di richiederne le consulenze può essere prima via rapida di inculturazione del personale sanitario permettendo inoltre di offrire una migliore gestione del fine vita per i pazienti.

In particolare gli INF fanno emergere necessità di formazione congiunta con MD, tanto da richiederla come formazione obbligatoria dell'UO di appartenenza.

Si potrebbe ampliare la popolazione studiata sottomettendo il questionario ad altre UO della stessa Azienda Ospedaliera o di altre strutture, per meglio evidenziare conoscenza e competenza in ambito di CP riguardo la SP, cercando di identificare il bisogno specifico di formazione ed approfondimento e poter programmare un piano formativo obbligatorio trasversale a competenze e ruoli, per aree di cura e professionalità diverse.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PROMUOVERE E INCENTIVARE LA FORMAZIONE NEI PERCORSI UNIVERSITARI: UN PREMIO DI LAUREA IN CURE PALLIATIVE

Silvia Varani¹, Alessandra Bonazzi¹, Anita Dattoli¹, Raffaella Pannuti¹, Guido Biasco²

¹Fondazione ANTIItalia ONLUS, Bologna, Italia, ²Università di Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Le cure palliative rappresentano un elemento necessario nella formazione dei professionisti della salute, in particolare medici e infermieri. La loro integrazione nei percorsi di studio universitari è essenziale per garantire una preparazione completa e adeguata alle esigenze dei pazienti con malattie croniche degenerative. In Italia, la legge n. 38 del 15 marzo 2010 ha sancito il diritto inviolabile di ogni cittadino ad accedere alle cure palliative [1], promuovendone anche l'inclusione nei programmi di formazione universitaria.

Nel 2018, la Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corsi di Laurea (CdL) Magistrale in Medicina e Chirurgia ha formulato una raccomandazione importante per tutti i CdL in Medicina e Chirurgia, suggerendo l'integrazione dell'insegnamento delle cure palliative e della terapia del dolore con Crediti Formativi Universitari-Facoltativi (CFU-F) di tirocinio professionalizzante da inserire nei CFU-F obbligatori [2]. Questa raccomandazione mira a garantire che gli studenti acquisiscano competenze pratiche e teoriche necessarie per affrontare le sfide della gestione del dolore e delle cure palliative.

L'implementazione di tali percorsi formativi è stata variabile tra le diverse università italiane. Uno studio del 2021 ha rilevato che il 43% dei corsi di laurea in professioni sanitarie aveva già integrato obiettivi formativi sulle cure palliative dal 2018/2019, mentre il 25% prevedeva di introdurli nell'anno accademico successivo [3]. Tuttavia, la formazione teorico-pratica risulta ancora disomogenea [3].

Una fondazione onlus, impegnata nell'assistenza domiciliare oncologica, da oltre 45 anni sul territorio italiano, ha avviato un progetto per promuovere la cultura delle cure palliative nei percorsi di studio universitari.

METODO: Questo progetto prevede l'istituzione di un premio in memoria del fondatore, un conosciuto oncologo, destinato alle migliori tesi in ambito di "cure palliative domiciliari". Il premio è rivolto agli studenti dei corsi di laurea di medicina e infermieristica di otto università italiane: Bari, Bologna, Brescia, Modena, Ferrara, Firenze, Foggia e Perugia. In ogni Ateneo sono stati messi a disposizione un premio per gli studenti del CdL di medicina e un premio per gli studenti di infermieristica per un totale di 16 premi.

L'obiettivo principale del progetto è sensibilizzare e formare i futuri professionisti della salute sull'importanza delle cure palliative, garantendo che acquisiscano competenze teoriche e pratiche fondamentali per migliorare la qualità della vita dei pazienti. Il progetto si è sviluppato in diverse fasi: un primo contatto con gli Atenei che hanno accolto il progetto, la predisposizione e la pubblicazione dei bandi nelle università coinvolte e la promozione agli studenti laureandi nell'anno accademico 2022/2023. Ogni Ateneo, come da bando, ha nominato una commissione per la valutazione delle tesi presentate secondo i criteri definiti di: originalità, rigore scientifico e metodologico, completezza dell'argomento e dei risultati e rilevanza scientifica.

RISULTATI: I partecipanti ai bandi sono stati in totale 12 studenti di Medicina e 36 di infermieristica suddivisi negli otto atenei che hanno aderito, come segue:

Tesi di Medicina: Bologna: 6, Ferrara: 1, Brescia: 1, Firenze: 2, Bari: 1, Foggia: 1, Modena e Perugia nessuna adesione. Tesi di infermieristica: Bologna: 3, Modena: 11, Ferrara: 8, Brescia: 3, Firenze: 1, Perugia: 3, Bari: 3 e Foggia: 2.

Tra le tesi sottoposte alle commissioni valutatrici sono state ritenute non pertinenti: n. 2 tesi di infermieristica (entrambe dell'Università degli Studi di Ferrara) e n. 7 tesi di medicina (1 a Brescia, 4 a Bologna, 1 a Ferrara e 1 a Bari). Inoltre a Bologna c'è stato un ex aequo ed è stato assegnato il premio a 2 studenti del CdL di infermieristica.

Di seguito le tesi vincitrici del premio di laurea:



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ATENEI	CDL INFERMIERISTICA	CDL MEDICINA
Bari	Attitudini degli studenti di infermieristica verso le Cure Palliative	
Bologna	Gli aspetti fondamentali nella presa in carico globale del paziente anziano fragile affetto da demenza neurodegenerativa. Il contributo del ruolo infermieristico nel sistema sanitario italiano e spagnolo.	La telemedicina applicata alle Cure Palliative domiciliari: studio di fattibilità del telemonitoraggio in pazienti con cancro in fase avanzata e funzionalità cardiaca e polmonare compromessa.
Brescia	Mio fratello è figlio unico. I siblings nelle Cure Palliative pediatriche	
Ferrara	L'anima dominica sul paziente affetto da malattia oncologica. Terapie non farmacologiche per la sua gestione	
Firenze	Studio osservazionale retrospettivo. L'emergenza sanitaria territoriale nella risposta alle richieste di assistenza nei percorsi delle Cure Palliative domiciliari del territorio di Firenze-Prato.	Le Cure Palliative simultanee nei pazienti con diagnosi di tumore solido avanzato in trattamento antitumorale
Foggia	Le Cure Palliative in oncologia: promuovere la qualità di vita attraverso l'assistenza infermieristica.	Impatto della terapia di terza linea nella strategia sequenziale in pazienti affetti da carcinoma del colon-retto metastatico ricaduto: studio retrospettivo multicentrico.
Modena	L'esistenza infermieristica spirituale nella persona in cure palliative. Indagine esplorativa sul significato di spiritualità e bisogno formativo.	
Perugia	Valutazione dei bisogni nelle Cure Palliative: la somministrazione della scala IPOS all'interno dell'Hospice "La casa nel parco" di Perugia.	

CONCLUSIONI: L'integrazione delle cure palliative nei percorsi di studio universitari per medici e infermieri è un passo cruciale per migliorare la qualità dell'assistenza sanitaria. Le raccomandazioni normative e gli sforzi delle conferenze permanenti rappresentano un importante progresso verso una formazione più completa e uniforme in questo ambito ma non sufficiente. Questa iniziativa mostra come per diffondere e sostenere una sempre maggiore attenzione del mondo accademico all'ambito delle cure palliative anche un'organizzazione non profit possa sostenere l'area socio-assistenziale della malattia oncologica e del fine vita contribuendo, con la disponibilità delle sue strutture e dei suoi operatori alla formazione degli studenti Universitari. Il premio rappresenta un incentivo significativo per gli studenti, incoraggiandoli a dedicare le loro ricerche e la tesi a questo ambito critico. Alla luce dei risultati, il premio è stato riproposto per l'anno accademico 2023/2024.

BIBLIOGRAFIA: [1] LEGGE 15 marzo 2010, n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore. (10G0056) (GU Serie Generale n. 65 del 19-03-2010)

[2] Biasco G, Bellini T, Lenzi A, La formazione pre-laurea in cure palliative e in terapia del dolore: una raccomandazione, *Medicina e Chirurgia*, 77: 3446-3450, 2018.

[3] De Marinis. Le Cure Palliative nei Corsi di Laurea delle Professioni Sanitarie, *Medicina e Chirurgia*, 86: 3826-3833, 2021.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA CREAZIONE DI UN REPOSITORY EUROPEO PER LA FORMAZIONE DEGLI STUDENTI IN MEDICINA: IL PROGETTO ELPIS

Silvia Varani¹, Melania Raccichini¹, Luca Franchini¹, Andrea Giannelli¹, Rita Ostan¹, Raffaella Pannuti¹, Guido Biasco²

¹Fondazione ANTI Italia Onlus, Bologna, Italia, ²Università degli Studi di Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Possedere conoscenze e competenze in cure palliative (CP) è essenziale della formazione medica universitaria. Già nel 2013 l'Associazione europea per le cure palliative (EAPC) ha pubblicato un White Paper che elenca e discute le competenze di base sulla formazione in CP. 1 Nonostante ciò, l'insegnamento delle CP nel prelaurea non è ancora completamente ed uniformemente sviluppato nelle diverse nazioni dell'Unione Europea. 2 Le varie forme di apprendimento potenziato dalla tecnologia e, più in particolare, le piattaforme online sincrone e asincrone costituiscono strumenti promettenti per promuovere un insegnamento efficace delle competenze di base in CP.

Il progetto ELPIS, finanziato dall'Unione Europea nell'ambito della call 2021 Round 1 KA2 Erasmus+, si propone di:

- promuovere la progettazione e la erogazione di corsi online sulle cure palliative dedicati agli studenti in medicina delle università europee
- trasmettere risorse educative condivisibili, in diverse lingue europee
- convalidare il quadro teorico e le linee guida attraverso i feedback degli studenti ed i test di apprendimento

Introduction

FIRST OF ALL... WHAT IS AN Erasmus+ PROJECT?

An Erasmus+ project is a project supported by the European Union as a part of a program that supports education, training, youth, and sports in Europe.

It supports the priorities and activities established in the European Education Area, the Digital Education Action Plan, and the European Skills Agenda. Focusing specifically on social innovation, the digital agenda and digital transition, and promoting the participation of young people in democratic life.

AND NOW... WHAT IS E-LEARNING ON PALLIATIVE CARE FOR INTERNATIONAL STUDENT ELPIS? WHY WAS THIS PROJECT CREATED?

Palliative care (PC) "is fundamental to human dignity and a component of the human right to health" (Resolution 24/8 - 2010 of the European Parliament Assembly) and this is why education and training on PC are essential components of undergraduate medical education.

Nevertheless, PC is not yet fully developed in the EU and the lack of services and teachers with a specific expertise in the PC domain also hampers the design and implementation of effective educational programs.

Along the pages of the PC theme on Erasmus+ Education you can find more information about the topic, you can also find additional materials related to the program developed by each university.

E-learning in Palliative Care for international student (2021) Erasmus+ project

Educative Programs

PROGRAM	UNIVERSITY	LANGUAGE
Palliative and End-of-Life care in end stage renal disease	Univerzita degli studi di Milano La Sapienza	EN / IT
Education of Palliative Care in the western world, principles, organization, contents	Fondazione ANTI Italia Onlus	EN / IT
Palliative care courses for undergraduate medical students	Hospice Casa Speranza	EN / RO
Virtual working on care in the final moments of life	Univerzita de Masaryk	EN / ES
Asylum: Dealing with patients' wishes for hastened death and (assisted) suicide	EWTHA Asylum University	EN / GB
Advanced death: Palliative medicine for a better quality of life	University of Paris	EN / FR
Virtual Palliative Care Learning in the Undergraduate Medical School Curriculum	Hofstra University	EN

METODO: La partnership del progetto, della durata di 3 anni, è formata da cinque università (Italia, Spagna, Germania, Ungheria e Canada) e da due organizzazioni non profit che erogano cure palliative, delle quali una italiana e una rumena. In tutte le università coinvolte è presente un centro di riferimento per la formazione in cure palliative.

Il progetto di delinea in cinque fasi di lavoro (workpackages), ognuna con uno specifico obiettivo:

1. Definizione della cornice teorica di riferimento e stesura del programma del corso.
Si è quindi scelto di utilizzare la metodologia della sintesi realista per costruire la struttura del corso.
2. Sviluppo e implementazione dei corsi online locali dei sette partner partecipanti. I corsi sono comparabili, perché basati sullo stesso modello, ma anche adattati al contesto organizzativo e

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

curriculare locale. In questa seconda fase sono stati prodotti i contenuti (testo, esercizi, test di valutazione) del corso sia in inglese sia nella lingua di ciascun partner.

3. Sperimentazione dei corsi locali per convalidare empiricamente il quadro teorico testando e confrontando l'efficacia delle edizioni locali dei corsi online.
4. Controllo della qualità dei dati, analisi statistica dei risultati e creazione di un repository elettronico dei contenuti, accessibile a tutti i centri accademici e alle strutture di cure palliative coinvolte nella formazione, previa registrazione gratuita.

RISULTATI:

1. Definizione della cornice teorica. L'analisi, effettuata con la metodologia della sintesi realista basata principalmente sui 43 articoli valutati come più rilevanti, ha identificato una teoria educativa basata su cognitivismo, costruttivismo e comportamentismo come preferenziale per l'apprendimento nello specifico contesto in esame.³
2. Valutazione della fattibilità ed efficacia comparativa dei diversi corsi pilota sviluppati dai partner, con focus sul confronto online vs in presenza. È stata creata una checklist che i partner hanno compilato al termine dei corsi pilota, rispondendo ad una serie di domande riguardo a: titolo dei corsi, attività, numero di partecipanti, teoria educativa di riferimento, obiettivi di apprendimento e metodologia di insegnamento utilizzata. Un approfondimento è stato poi dedicato all'impiego della tecnologia e alle principali barriere che ostacolano la sua implementazione. La mancanza di risorse, in particolare di insegnanti esperti in CP, è risultata essere il fattore più limitante e più difficile da approcciare. Rispetto a questo, la possibilità di strutturare corsi online omogenei e approfonditi sulle CP può in parte rispondere a questa esigenza.
3. Creazione di un repository contenente tutti i materiali prodotti all'interno del progetto (quindi utilizzate nei diversi corsi pilota), in modo che possano essere disponibili per la formazione in CP in Europa (Fig.1).⁴

CONCLUSIONI:

La costruzione e condivisione di programmi di formazione in CP dedicati agli studenti in medicina delle università europee, può contribuire fortemente ad accrescere la cultura medica relativa alle cure palliative, in modo che non resti circoscritta soltanto ai professionisti che lavorano nello specifico ambito delle CP.

BIBLIOGRAFIA:

1. Bausewein C, Daveson BA, Currow DC, et al. EAPC White Paper on outcome measurement in palliative care: Improving practice, attaining outcomes and delivering quality services – Recommendations from the European Association for Palliative Care (EAPC) Task Force on Outcome Measurement. *Palliative Medicine*. 2015;30(1):6-22.
2. Elsner F, Centeno C, Cetto G, et al. Recommendations of the European Association for Palliative Care (EAPC) For the development of undergraduate curricula in palliative medicine At European medical schools. EAPC (European Association for Palliative Care), <https://dadun.unav.edu/handle/10171/34516> (2013, accessed 16 August 2023).
3. Martucci G, Pereira J, Busa C, et al. Online learning in palliative care education of undergraduate medical students: a realist synthesis. *Palliative Care and Social Practice*. 2023;17. doi:10.1177/26323524231218279
4. Rubio, Sandra, et al. 'E-Learning on Palliative Care for International Students (ELPIS): Multilingual educational resources generated in seven European Universities.' (2024). <https://dadun.unav.edu/server/api/core/bitstreams/90f91c08-671b-48d4-94ce-970bedb05991/content>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



FISIOTERAPIA, CURE PALLIATIVE E CASE-BASED LEARNING: L'IMPATTO DELLA DIDATTICA ATTIVA SULLE CONOSCENZE DEI PROFESSIONISTI SANITARI

Silvia Sgarzi¹, Paola Ercolano¹, Marco Vacchero²

¹Fondazione Hospice Seràgnoli, Bologna, Italia, ²Fondazione Faro, Torino, Italia

SCOPO: La Fisioterapia nelle Cure Palliative (CP) è un ambito in crescita, con un potenziale importante nel migliorare la qualità della vita di persone con patologie cronico-degenerative. Tuttavia, il ruolo e le competenze del fisioterapista in questo contesto sono ancora poco trattati nei percorsi formativi accademici. Questo Progetto, sviluppato nell'ambito di un insegnamento di Master in CP di I e II livello, esplora l'impatto di un modulo didattico attivo basato sul Case-Based Learning con l'obiettivo di fornire ai partecipanti una comprensione più approfondita del ruolo del Fisioterapista nella presa in carico multiprofessionale e multidisciplinare di un paziente con bisogni di CP.

L'idea nasce dal fatto che i partecipanti ai Master provengono da professioni sanitarie diverse e operano in contesti molto eterogenei, che spesso non prevedono confronto e condivisione strutturata con le figure riabilitative.

METODO: La lezione della durata di 3.5 ore tenuta da due Fisioterapisti con comprovata esperienza in CP e nella didattica, è stata strutturata in tre fasi:

1. Introduzione teorica (1 ora): descrizione di ruolo e competenze del Fisioterapista basata sul Core Curriculum SICP 2024.
2. Case-Based Learning (1,5 ore): presentazione di un caso clinico in plenaria, lavori di gruppo multiprofessionali per l'elaborazione di strategie di intervento sui seguenti ambiti: metastasi ossee, dolore, dispnea, edema, end-of-life.
3. Discussione e confronto (1 ora): condivisione e analisi delle soluzioni proposte dai gruppi e confronto con quanto previsto dal Core Curriculum.

Per analizzare l'impatto di contenuti e modalità didattica sono stati utilizzati: questionario anonimo before-after per dati appaiati somministrato agli studenti in presenza, inerente al ruolo del Fisioterapista in una équipe di CP; checklist a cura dei docenti inerente alla restituzione dei lavori di gruppo; questionario online post intervento per valutare i contenuti del modulo, la competenza percepita e l'abilità didattica dei docenti.

RISULTATI: Il gruppo classe, oggetto della valutazione, era composto da 22 Medici, 29 Infermieri, 1 Fisioterapista. I discenti provenivano da diversi setting assistenziali, sia da Servizi di Base sia da Servizi di Cure Palliative Specialistiche. Si tratta quindi di un gruppo, oltre che multiprofessionale e multidisciplinare, anche eterogeneo per livello di conoscenze ed esperienze in ambito delle CP. Sono in corso le analisi dei dati, di seguito i risultati attesi:

- aumento delle conoscenze sulla Fisioterapia nelle CP;
- miglioramento della consapevolezza del ruolo del Fisioterapista nell'équipe di CP rispetto alla gestione dei sintomi e alla collaborazione multidisciplinare;
- soddisfazione dei partecipanti rispetto alla metodologia didattica, con particolare apprezzamento per l'approccio interattivo e pratico.

CONCLUSIONI: La didattica attiva e il Case-Based Learning sono strategie di apprendimento fondamentali per i percorsi di formazione per adulti nell'ambito sanitario, e hanno contribuito a migliorare la comprensione del ruolo della Fisioterapia nelle CP, nell'ambito del modulo oggetto di valutazione. La necessità di ampliare la formazione sulla Fisioterapia nelle CP emerge dai risultati preliminari suggerendo l'importanza di integrare nei curricula Accademici nei programmi di Formazione Continua per gli operatori sanitari approfondimenti su questa tematica.

BIBLIOGRAFIA:

- CORE CURRICULUM del FISIOTERAPISTA SICP 2024
- Tiberini R, Turner K, Talbot-Rice H. «Rehabilitation in Palliative Care» TEXTBOOK IN PALLIATIVE CARE 2019;35 (579-607)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Ahshan, R. (2021). A framework of implementing strategies for active student engagement in remote/online teaching and learning during the COVID-19 pandemic. *Education Sciences*, 11(9), 483. <https://doi.org/10.3390/educsci11090483>
- Ghezzi, J. F. S. A., Higa, E. F. R., Lemes, M. A., & Marin, M. J. S. (2021). Strategies of active learning methodologies in nursing education: an integrative literature review. *Revista brasileira de enfermagem*, 74(1), e20200130. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0130>
- Freeman, S., Eddy, S. L., McDonough, M., Smith, M. K., Okoroafor, N., Jordt, H., & Wenderoth, M. P. (2014). Active learning increases student performance in science, engineering, and mathematics. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 111(23), 8410–8415. <https://doi.org/10.1073/pnas.1319030111>
- Prince, M. (2004). Does active learning work? A review of the research. *Journal of Engineering Education*, 93(3), 223-231.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA CULTURA DELL'ACCORDO NELLE CURE PALLIATIVE: VERSO UN'ASSISTENZA CENTRATA SULLA RELAZIONE PER PERSONE AFFETTE DA DEMENZA

Rita Pezzati², Laura Ceppi¹, Valentina Molteni¹, Roberta Ballabio¹

¹Ginco Ticino, Lugano, Svizzera, ²SITCC Società Italiana Terapia Comportamentale e Cognitiva, Roma, Italia

SCOPO: Le cure palliative per le persone affette da demenza in RSA rappresentano una sfida complessa che va oltre la sola fase terminale, configurandosi come cure simultanee e necessarie lungo tutto il percorso di malattia. La difficoltà di espressione del dolore e dei bisogni da parte delle persone con demenza, spesso manifestata attraverso sintomi psicologici e comportamentali (BPSD), richiede un approccio specifico che tenga conto della dimensione emotiva e incarnata (Sampson et al., 2018). Un intervento palliativo efficace deve considerare non solo la prevenzione e la gestione del dolore attraverso l'attivazione di uno spazio relazionale, ma anche il ruolo cruciale dell'operatore e della costruzione di una cultura dell'accordo all'interno della struttura. La qualità di vita delle persone con demenza è strettamente legata alla sintonizzazione emotiva e alla capacità dell'operatore di cogliere i bisogni non espressi e di attivare le risorse residue della persona in un setting favorevole. Pertanto, diviene fondamentale una dimensione organizzativa che supporti il benessere degli operatori, riconoscendone la loro fatica emotiva e fornendo gli strumenti per una relazione terapeutica consapevole. Con il presente studio ci si pone l'obiettivo di esplorare l'efficacia di un approccio formativo integrato, centrato sulle terapie non farmacologiche e sul lavoro corporeo-emotivo, nel promuovere una cultura dell'accordo nelle cure palliative rivolte a persone con demenza in RSA, attraverso il potenziamento delle competenze relazionali dei caregiver, il miglioramento del clima organizzativo e l'incremento della qualità di vita percepita dei residenti.

METODO: È stato condotto uno studio randomizzato e controllato che ha coinvolto 15 RSA, per un totale di 263 caregiver professionali (assistenti di cura, infermieri, fisioterapisti, specialisti in attivazione), suddivisi in tre gruppi: sperimentale (l'intervento formativo integrava lezioni teoriche sulle terapie non farmacologiche (TNF) con supervisioni focalizzate sia sulla metodologia delle TNF che sul lavoro corporeo-emotivo, al fine di migliorare la capacità di lettura emotivo-comportamentale e la sintonizzazione relazionale con le persone affette da demenza); controllo attivo (formazione standard sulle TNF e supervisione sui casi clinici) e controllo as usual (attività formative e di cura usuali). Sono stati valutati, al basale e dopo un anno e mezzo, l'impatto sul burnout dei curanti, sul senso di competenza, sul clima lavorativo, sulla qualità di vita del residente percepita e sulla capacità di comprendere le emozioni.

RISULTATI: I dati raccolti sono stati analizzati utilizzando metodi statistici comparativi tra i tre gruppi dello studio: sperimentale (formazione integrata), controllo attivo (formazione standard sulle TNF) e controllo as usual (attività formative e di cura usuali). Sono state condotte analisi della varianza (ANOVA) per valutare gli effetti principali e le interazioni tra tempo e gruppo.

I risultati hanno evidenziato un miglioramento nel tempo della qualità di vita percepita delle persone con demenza in tutti i gruppi, con una tendenza a un miglioramento più marcato nel gruppo sperimentale. Si è osservato un miglioramento significativo nel senso di competenza dei curanti sia nel gruppo sperimentale che nel gruppo di controllo attivo. Il clima lavorativo è migliorato significativamente nel tempo in tutte le sue dimensioni (capitale sociale, clima di esclusività, eticità della leadership), indipendentemente dal gruppo di appartenenza. Un risultato particolarmente rilevante è la tendenza alla significatività nel miglioramento della capacità di riconoscimento emotivo (Test degli Occhi) nel gruppo sperimentale rispetto al gruppo as usual nel tempo, sottolineando il potenziale dell'approccio integrato nel raffinare le competenze relazionali necessarie nell'assistenza alle persone affette da demenza.

CONCLUSIONI: Lo studio suggerisce che un approccio formativo integrato nelle cure palliative per persone con demenza può trasformare significativamente la qualità dell'assistenza. Questo modello, che affianca alla formazione tradizionale sulle terapie non farmacologiche un lavoro specifico sulla consapevolezza corporea ed emotiva degli operatori, favorisce la costruzione di uno spazio relazionale sicuro e sintonizzato (Ellis-Smith et al., 2017). Tale spazio diventa cruciale nell'ambito delle cure palliative simultanee, dove la lettura del dolore e dei bisogni non verbali rappresenta una sfida quotidiana (Radbruch et al., 2020).

La tendenza al miglioramento della capacità di riconoscimento emotivo nei caregiver del gruppo sperimentale suggerisce che questo approccio integrato potenzierebbe proprio quelle competenze relazionali essenziali nell'accompagnamento palliativo di persone con demenza. Il miglioramento della



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



qualità di vita percepita dei residenti conferma inoltre come un'assistenza palliativa centrata sulla relazione possa incidere positivamente sul benessere anche in presenza di deterioramento cognitivo avanzato.

Il miglioramento generalizzato del senso di competenza e del clima lavorativo evidenzia l'importanza di una dimensione organizzativa che, nell'implementare cure palliative simultanee in RSA, promuova la formazione continua e un ambiente di lavoro supportivo (Froggatt et al., 2016). Una cultura dell'accordo nell'assistenza palliativa geriatrica necessita infatti di una cornice organizzativa che riconosca il carico emotivo degli operatori e fornisca strumenti per gestirlo.

Integrare la dimensione organizzativa con interventi formativi focalizzati sulle competenze emotivo-relazionali appare quindi cruciale per garantire cure palliative efficaci nelle RSA non solo nella fase terminale ma lungo tutto il percorso di cura, assicurando una presa in carico olistica che tenga conto sia dei bisogni complessi delle persone con demenza sia del benessere di chi le assiste.

BIBLIOGRAFIA:

Ellis-Smith, C., Evans, C. J., Bone, A. E., Henson, L. A., Dzingina, M., Kane, P. M., Higginson, I. J., & Daveson, B. A. (2017). Measures to assess commonly experienced symptoms for people with dementia in long-term care settings: A systematic review. *BMC Medicine*, 15(1), 26.

Froggatt, K., Edwards, M., Morbey, H., & Payne, S. (2016). Mapping palliative care systems in long term care facilities in Europe. PACE Work Package 1 and EAPC Taskforce Report. Lancaster University.

Radbruch, L., De Lima, L., Knauth, F., Wenk, R., Ali, Z., Bhatnagar, S., Blanchard, C., Bruera, E., Buitrago, R., Burla, C., Callaway, M., Munyoro, E. C., Centeno, C., Cleary, J., Connor, S., Davaasuren, O., Downing, J., Foley, K., Goh, C., ... Pastrana, T. (2020). Redefining palliative care—A new consensus-based definition. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(4), 754-764.

Sampson, E. L., Candy, B., Davis, S., Gola, A. B., Harrington, J., King, M., Kupeli, N., Leavey, G., Moore, K., Nazareth, I., Omar, R. Z., Vickerstaff, V., & Jones, L. (2018). Living and dying with advanced dementia: A prospective cohort study of symptoms, service use and care at the end of life. *Palliative Medicine*, 32(3), 668-681.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL MANTELLO DELLA CURA: UN PROGETTO PILOTATO DI SENSIBILIZZAZIONE NELLA SCUOLA PRIMARIA

Sabrina Robotti¹, Miriana Uccello¹, Martina Grenzi², Maria Teresa Castelli¹, Maria Cristina Contarini², Cristina Venturino², Luca Manfredini², Sonia Di Profio²

¹Associazione Maruzza Regione Liguria ODV, Genova, Italia, ²IRCCS Istituto Giannina Gaslini, Genova, Italia

SCOPO: Nonostante i progressi delle Cure Palliative Pediatriche (CPP), la scarsa conoscenza nella popolazione e acuisce il significativo isolamento sociale di molti bambini con patologie inguaribili e/o bisogni assistenziali complessi. Spesso erroneamente associate alla fase terminale, se ne sottovaluta il ruolo nel migliorare la Qualità di Vita di bambini e famiglie. Per superare questa lacuna e sensibilizzare la comunità scolastica e la popolazione sui temi della fragilità, della cura e della condivisione fin dalla scuola primaria (Pulimeno et al., 2020; Testoni et al., 2020), nasce il progetto Il Mantello della Cura.

Le capacità di comprensione dei bambini sulla fragilità e sulla malattia, in continua evoluzione in base ai loro vissuti e alla cultura, sono spesso sottostimate. In quanto futuri cittadini autonomi, bambini e ragazzi possono costruire narrazioni condivise in gruppo (Capurso, 2017), partecipando attivamente alla comprensione dei concetti di cura e fragilità. L'interazione tra pari e con adulti competenti facilita l'elaborazione di tali temi. Con un approccio narrativo, attraverso attività ludiche, didattiche e incontri di sensibilizzazione, Il Mantello della Cura si propone di sensibilizzare la comunità scolastica e la popolazione sui temi della fragilità, della cura e della condivisione e si impegna a promuovere una cultura della cura che valorizzi la dignità e il benessere di ogni bambino, creando un ambiente inclusivo e accogliente e superando i pregiudizi sulle CPP.

In quest'ottica il progetto si propone i seguenti obiettivi:

- Promuovere la condivisione di significati sulla fragilità e l'inclusione sociale dei bambini con patologie inguaribili e/o bisogni assistenziali complessi.
- Offrire ai bambini e alla comunità scolastica gli strumenti educativi per comprendere e affrontare i temi della fragilità e dell'importanza della cura condivisa.
- Aumentare la consapevolezza e la comprensione delle Cure Palliative Pediatriche (CPP) nella comunità scolastica e nella società, superando le errate associazioni con la sola fase terminale della vita e valorizzando il ruolo nel miglioramento della Qualità di Vita.
- Favorire la creazione di un ambiente scolastico e sociale accogliente e inclusivo per tutti i bambini, promuovendo attivamente la partecipazione e il benessere indipendentemente dalle loro condizioni di salute.
- Fornire agli insegnanti strumenti per accompagnare i bambini su temi esistenziali complessi in modo pedagogicamente sostenibile.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

METODO: Ispirato alla leggenda del mantello di San Martino, il laboratorio offre ai bambini un contesto narrativo ricco e coinvolgente. L'incontro, condotto da psicologi e volontari, ha adottato la didattica partecipata e lo strumento della narrazione, esplorando il concetto di cura a livello personale e interpersonale e incoraggiando la libera espressione attraverso il gioco e il teatro. La narrazione interattiva stimola la creatività e l'immaginazione dei bambini, invitando la comunità scolastica a promuovere l'inclusione. L'obiettivo è che la comprensione della fragilità e della diversità sia attivamente costruita insieme ai bambini attraverso un processo partecipativo diretto.

RISULTATI: Il progetto ha coinvolto due classi quinte, per un totale di 48 bambini (età media 10 anni) e 6 docenti di una scuola primaria di Genova, invitando i partecipanti a condividere significati personali e profondi attraverso l'empatia, la gentilezza e l'inclusione.

Le fasi del progetto sono state le seguenti:

- Presentazione dettagliata rivolta all'istituto scolastico, per informare i docenti sui temi del laboratorio;
- Attuazione del laboratorio teatrale: la successiva riflessione con il gruppo classe si è focalizzata sull'analisi dei personaggi chiave e sull'esplorazione dei loro comportamenti e delle motivazioni sottostanti. Attraverso domande-stimolo e una discussione guidata, i bambini sono stati invitati a identificare le emozioni e i significati veicolati dalla storia, come la compassione, la generosità, la gratitudine e l'importanza di riconoscere e alleviare la sofferenza altrui;
- Successivamente, l'attività principale è stata la creazione del Mantello della Cura, un elaborato collettivo arricchito di colori e speranza, realizzato con pensieri gentili. I disegni hanno evidenziato temi come l'altruismo, la gentilezza, l'amicizia e la possibilità di aiutare, proteggere e prendersi cura degli altri;
- Infine, è stato previsto uno spazio di supervisione e monitoraggio degli interventi e degli aspetti emotivi, rivolto sia ai bambini, sia ai genitori che ai docenti coinvolti. Attraverso la raccolta dei feedback da parte dei docenti, è stato previsto un incontro di follow-up del percorso per valutare i risultati ottenuti.

Questo approccio e la partecipazione attiva dell'intera comunità scolastica hanno promosso la condivisione di esperienze, affrontando con delicatezza temi come la fragilità e incoraggiando l'ascolto, la socializzazione e il rispetto delle diversità, superando le resistenze per permettere loro di affrontare temi complessi all'interno delle classi.

CONCLUSIONI: Il progetto ha evidenziato la fattibilità e l'efficacia di percorsi di sensibilizzazione alle cure palliative nella scuola primaria, dimostrando che i bambini possiedono risorse cognitive ed emotive per affrontare in modo positivo e costruttivo la riflessione sulla cura e sul limite.

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'incontro con i bambini e Il Mantello della Cura hanno rappresentato una preziosa opportunità per approfondire questi temi. L'attività ha promosso una comprensione emotiva e concettuale della diversità come risorsa, decostruendo i concetti di normalità e fragilità.

Particolare attenzione è stata dedicata all'inclusione, sensibilizzando sull'importanza di creare ambienti scolastici accoglienti e rispettosi. Attraverso una narrazione coinvolgente, una didattica partecipata e discussioni guidate, i bambini hanno sviluppato significative competenze sociali e relazionali. Parallelamente, una profonda riflessione condivisa sulla leggenda di San Martino ha contribuito a declinare i valori emersi dalla narrazione nel contesto delle loro vite e delle relazioni interpersonali.

Le principali criticità emerse si vedono nelle paure e nelle resistenze ad affrontare temi complessi come la fragilità e la disabilità da parte dei docenti all'interno del gruppo classe. Superare tali ostacoli richiede interventi formativi per conseguire pienamente gli obiettivi di un cambiamento culturale fondato su empatia, condivisione e inclusione.

BIBLIOGRAFIA:

Capurso M. (2017). Facilitare la comprensione della malattia nel bambino - Aspetti teorici e indicazioni pratiche per medici, infermieri, psicologi e assistenti sociali. FrancoAngeli.

Pulimeno M, Piscitelli P, Colazzo S, Colao A, Miani A. (2020). School as ideal setting to promote health and wellbeing among young people. Health Promot Perspect. Nov 7;10(4):316-324.

Testoni I. (2020). Psicologia palliativa. Intorno all'ultimo compito evolutivo. Bollati Boringhieri.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



“VIM DA MORIRE” UN PROGETTO DI FORMAZIONE PER OPERATORI DELL'HOSPICE SUL TEMA DELLA MORTALITÀ

Martina Fiaccadori¹, Daria Ravazzini¹, Mirta Rocchi¹, Valentina Tosi²

¹ Hospice Casa Madonna dell'Uliveto, Reggio Emilia, Italia, ² Compagnia teatrale Histarion, Reggio Emilia, Italia

SCOPO: L'attuale società non è più abituata a parlare del tema della morte. Ancora di più nell'ambito sanitario la morte sembra non essere considerata come opzione, in un'ottica di guerra contro le malattie dove l'inguaribilità è vista come una sconfitta. Questo tabù legato alla morte acuisce ancora di più la solitudine del morente che non trovando possibilità di parlare della propria mortalità con gli operatori o i famigliari diviene estraneo alla propria morte pur essendone il soggetto.

Come professionisti di cure palliative, però, affrontare il tema della morte, della nostra mortalità e di come questo impatti sulle nostre vite è un passaggio fondamentale e imprescindibile da approfondire perché non possiamo stare alla presenza dell'angoscia di morte dei nostri pazienti se prima non siamo stati di fronte all'angoscia della nostra morte. Yalom (2008) ci ricorda come questo passaggio non sia un passaggio facile in quanto non è facile vivere ogni istante completamente consapevoli di dover morire perché è come cercare di fissare direttamente il sole: si riesce a sopportarlo solo per poco.

Alla luce di questa complessità si è deciso di organizzare una formazione specifica della durata di 12 ore per tutta l'equipe hospice con lo scopo di:

- educare ad accogliere l'orizzonte della nostra morte nella nostra vita
- scoprire come la consapevolezza della nostra mortalità possa rendere la nostra vita più bella, libera e ricca di significato
- esperire come rompere il tabù del non poter nominare la nostra morte possa aiutarci ad accompagnare gli altri, e noi stessi, con presenza, compassione e autenticità.

METODO: La formazione è stata guidata da una pedagoga della mediazione corporea espressiva, danza movimento terapia e istruttrice di mindfulness psicosomatica, istruttrice del protocollo GAIA per l'accompagnamento alla morte. Si è deciso di strutturare la formazione dividendola in tre moduli autoconclusivi in modo da permettere il più possibile la partecipazione, anche parziale, dei vari operatori.

È stata individuata come location per la formazione un borgo in montagna dove poter trovare tranquillità, silenzio e spazi all'aperto che fossero utilizzabili.

Si è scelto di strutturare la formazione con spunti di riflessione e momenti di condivisione, pratiche di mindfulness psicosomatica e meditazione, danze sacre in cerchio e danza terapia, esercizi di auto conoscenza e narrazioni. La scelta di tali modalità ovviamente non va nella direzione dell'apprendimento e del padroneggiare le varie tecniche artistiche ma nella direzione del promuovere l'integrazione fisica, emotiva, cognitiva e relazionale attraverso l'uso terapeutico dell'arte.

RISULTATI: Di seguito si riporta come è stata strutturata la formazione.

Primo modulo (4 ore venerdì mattina): Cos'è la morte? Sono sicuro che anche io morirò?

Obiettivi:

- a. esplorare le nostre convinzioni e credenze personali rispetto a ciò che definiamo morte. Esplorare le strutture ideologiche introiettate che determinano la nostra idea di morte e la correlazione di queste strutture con le nostre paure più profonde e ciò che sentiamo vero per noi.
- b. Amplificazione e allargamento culturale di ciò che sappiamo della morte. Conoscere ed accogliere nuove possibili visioni. Confrontarsi con le grandi tradizioni sapienziali e spirituali, con i più recenti studi sulla coscienza che, all'unisono, ci dicono che ciò che chiamiamo morte è una sequenza vissuta all'interno di una vita più vasta.

Secondo modulo (4 ore venerdì pomeriggio): Cos'è la morte a chi la contempla?



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Obiettivi:

- a. realizzare che il processo di morte avviene in ogni istante della vita e che essere per la morte esprime una radicale accettazione del tempo e del senso dell'esistenza umana.
- b. accogliere il valore dell'impermanenza, scoprirne il dono e il messaggio di speranza che si dischiude quando la contempliamo in profondità.
- c. allenarci a lasciare andare, a non resistere al cambiamento, come pratica di meditatio mortis.

Terzo modulo (4 ore sabato mattina): Imparare morire per imparare ad amare

Obiettivi:

- a. Scoprire cosa significa esplorare la vita dalla prospettiva della nostra morte e come questo ci apra alla compassione.
- b. Ascoltare gli inviti che la contemplazione della morte ci fa per rianimare la nostra vita e per prepararci ad una morte consapevole e più serena.
- c. Pratiche per allenarci a morire in vita: farci pace.

CONCLUSIONI: L'integrazione di metodologie artistiche e narrative di autoesplorazione/riflessione nella formazione degli operatori sanitari può aggiungere un elemento dinamico e interattivo che favorisce l'apprendimento esperienziale e questo approccio può contribuire a formare professionisti della salute più consapevoli, empatici e in grado di affrontare le sfide complesse del loro lavoro.

Affrontare il tabù della nostra mortalità, e farlo in un contesto di apprendimento condiviso, permette agli operatori di migliorare la propria comunicazione non verbale per creare un ambiente più confortevole e rassicurante per i pazienti.

BIBLIOGRAFIA:

- Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun: Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, 36(3-4), 283–297. <https://doi.org/10.1080/08873260802350006>
- Soldati M.G. Sguardo sulla morte, formazione e cura con le storie di vita, 2003, Ed. FrancoAngeli, Milano
- Pagnoncelli G. e Sanna M., *Artiterapie: teorie, metodi e strumenti*, Ed. FrancoAngeli, 2021, Milano



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INFORMARE PER SUPPORTARE: IL RUOLO DI UNA BROCHURE NELLE RETI DI CURE PALLIATIVE STUDIO OSSERVAZIONALE PROSPETTICO.

Erika Mozzato¹, Francesca Magnano¹, Valeria Bossotti¹, Paolo Rappa Verona¹, Nadia Torchio¹, Eliana Ivaldi¹, Flavio Salerno¹, Elena Scarrone¹, Albert Cepa¹, Valentina Musso¹, Sara Scaglione¹, Claudia Bussi¹, Sabrina Gatti¹, Manuela Bo¹, Stefania Pavese¹, Gabriele Pino¹, Manuela Cazzulo¹, Marcello Tucci¹, Chiara Boero¹, Francesco Pinta¹

¹ASLAT, Asti, Italia

SCOPO: La comunicazione in medicina è un aspetto fondamentale. La cura della forma, delle modalità e della sostanza di essa incidono profondamente sulla qualità del percorso clinico.

Nell'ambito delle reti di cure palliative (RCP), la comunicazione tra équipe multiprofessionali, pazienti e caregiver riveste un ruolo cruciale per garantire continuità assistenziale, centralità della persona e presa in carico condivisa. Tuttavia, la trasmissione delle informazioni può risultare frammentata o poco comprensibile, in particolare nei passaggi tra setting assistenziali diversi (domicilio, hospice, ospedale). In questo contesto, è stato introdotto un intervento informativo sotto forma di brochure cartacea, finalizzato a sostenere il dialogo tra operatori sanitari e familiari. L'obiettivo dello studio è stato quello di valutare l'impatto di tale strumento sulla qualità percepita della comunicazione, della comprensione delle informazioni e sull'utilità del supporto informativo, all'interno della rete di cure palliative.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale prospettico su un campione di caregiver e infermieri operanti in setting domiciliari di una RCP.

- T0 (prima della distribuzione della brochure)
- T1 (dopo la distribuzione)

Campione

- T0: 11 infermieri e 42 caregiver (età media 63 anni)
- T1: 10 infermieri e 10 caregiver (età media 61 anni)

Tutti i questionari sono stati compilati completamente.

Il questionario somministrato analizza 3 aree:

- 1 l'area della conoscenza del significato della presa in carico dalla RCP (1 item)
- 2 l'area della comprensione di quanto è stato spiegato alla presa in carico dalle RCP (1 item)
- 3 l'area che valuta gli aspetti tecnici della comunicazione e l'efficacia dell'utilizzo di materiali cartacei informativi o digitali. (4 item)

I dati sono stati analizzati mediante test t per campioni appaiati con l'obiettivo di paragonare il percepito di informazioni del caregiver con quello riscontrato dall'infermiere al momento della presa in carico nella RCP.

RISULTATI: L'intervento ha prodotto un miglioramento statisticamente significativo in tutte le aree indagate, in particolare nei seguenti item:

- 1 Conoscenza dei contenuti delle cure palliative: da 2.82 a 3.90 ($p = 0.0038$)
- 2 Comprensione delle informazioni fornite: da 3.09 a 4.00 ($p = 0.0162$)
- 3 Aspetti tecnici della comunicazione:
 - Percezione di una comunicazione adeguata con l'infermiere: da 3.09 a 3.90 ($p = 0.0331$)
 - Utilità del materiale informativo cartaceo: da 3.27 a 4.00 ($p = 0.0379$)

Tali risultati indicano che la brochure ha facilitato l'orientamento dei caregiver all'interno del percorso di cure, migliorando il loro coinvolgimento e la loro sicurezza nella gestione del paziente.

CONCLUSIONI: L'adozione di strumenti informativi strutturati, integrati nel percorso assistenziale della RCP, può rappresentare una leva efficace per migliorare la comunicazione e l'empowerment dei caregiver. In un sistema assistenziale in cui la personalizzazione del percorso di cura e la multidisciplinarietà sono cardini fondamentali, il supporto informativo contribuisce a ridurre discontinuità comunicative e favorire una maggiore aderenza ai piani di cura. L'efficacia rilevata suggerisce che tali strumenti possano essere utilizzati in modo sistematico nei momenti chiave della presa in carico, come l'avvio dell'assistenza, o i cambi di setting assistenziali.

Per rafforzare le evidenze raccolte, si raccomanda un ampliamento del campione a T1.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Back, A. L., Arnold, R. M., & Tulsky, J. A. (2009). Mastering communication with seriously ill patients: Balancing honesty with empathy and hope. Cambridge University Press.
- Clayton, J. M., Hancock, K. M., Butow, P. N., Tattersall, M. H., & Currow, D. C. (2007). Clinical practice guidelines for communicating prognosis and end-of-life issues with adults in the advanced stages of a life-limiting illness, and their caregivers. The Medical Journal of Australia, 186(12), S77–S108.
- Costantini, M., Beccaro, M., & Higginson, I. J. (2008). Awareness of decisions in end-of-life care: Results from an Italian survey. Palliative Medicine, 22(7), 842–849. <https://doi.org/10.1177/0269216308095973>
- Fineberg, I. C. (2010). Preparing professionals for family conferences in palliative care: Evaluation results of an interdisciplinary approach. Journal of Palliative Medicine, 13(5), 613–619.
- Hudson, P., Trauer, T., Kelly, B., O'Connor, M., Thomas, K., Zordan, R., & White, V. (2015). Reducing the psychological distress of family caregivers of home-based palliative care patients: Longer-term effects from a randomized controlled trial. Psycho-Oncology, 24(1), 19–24. <https://doi.org/10.1002/pon.3581>
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. (2018). Clinical practice guidelines for quality palliative care (4th ed.). National Coalition for Hospice and Palliative Care.
- World Health Organization. (2002). National cancer control programmes: Policies and managerial guidelines (2nd ed.). World Health Organization.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



MEDICINA E CURE PALLIATIVE: QUAL È LA PERCEZIONE DEI COLLEGHI?

Rita Salbitani¹, Rita D'Urso², Erica Adrario¹

¹ Università Politecnica delle Marche, AO delle Marche, Ancona, Ancona, Italia, ² U.O.S.D. Cure Palliative-Hospice AST1, Fossombrone, Italia

SCOPO: L'ambito delle Cure Palliative sta guadagnando una crescente attenzione nel Mondo Accademico, tuttavia, è una Branch ancora poco conosciuta.

Si è spesso constatato quanto, per i non addetti ai lavori, le Cure Palliative fossero un continente inesplorato e quanto spesso, in mancanza di informazioni valide, le lacune venissero colmate da concetti inesatti.

Ci proponiamo di sondare concetti fondamentali: scontati da chi opera nel mondo delle Cure Palliative, ma talora vaghi ed incerti per i colleghi distanti da questa Disciplina.

È un'indagine molto semplice. Ciò che è semplice non è necessariamente semplicistico, ma può essere, invece, basilare, fondamentale, sostanziale.

Lo studio è elettivamente DEDICATO a:

- Medici residenti in Italia (inclusi i Neolaureati)
- Studenti di Medicina e Chirurgia del V o VI anno, residenti in Italia.

Sono ESCLUSI:

- Medici che lavorino/abbiano lavorato come Medici Palliativisti;
- Medici iscritti a/in possesso di Master in Cure Palliative;
- Specializzandi di Medicina e Cure Palliative.

METODO: L'indagine e la raccolta dei dati si realizzano attraverso un questionario anonimo, somministrato online.

Il modulo contiene domande filtro, per:

- selezionare i soggetti inclusi nello studio (che proseguiranno la compilazione);
- escludere i soggetti esclusi non rispondenti ai criteri stabiliti (per i quali il questionario si concluderà automaticamente).

Seguono domande per profilare ogni partecipante, sulla base di informazioni anagrafiche, accademiche e professionali.

Continua, esaminando:

- se e dove sia avvenuto il primo contatto con questa Disciplina;
- il livello di familiarità con i concetti cardine delle Cure Palliative.
- Infine, discostandosi dalla dimensione oggettiva, si effettua una sorta di "indagine semantica", esaminando, attraverso le associazioni mentali, la percezione personale del termine "CURE PALLIATIVE". Si chiede di associare questo termine istintivamente a delle parole, che contemplano sia concetti positivi, che negativi.

L'obiettivo è analizzare come le Cure Palliative vengano percepite nella loro complessità, tenendo conto del loro reale intento ed utilità.

RISULTATI: Numerosità: 103 partecipanti (62 donne, 41 Uomini).

Le fasce di Età che hanno risposto:

- 25-30 anni (54,4%);
- 31-35 anni (24,3%);
- <25 anni (16,5%);
- esigua la partecipazione delle fasce 36-40 e 41-49 (rispettivamente 3 e 2%); nulla quella della fascia >50 anni.

Situazione Lavorativa/Formativa: Scarsa è stata la partecipazione degli specialisti (1%), MMG (1,9%) e Corsisti del CFSMG (2,9%). Essendo i rispondenti prevalentemente Specializzandi (63,1%) e Studenti di Medicina del V e VI anno (29,1%), il questionario riflette la percezione e le opinioni di questi due ultimi sottogruppi.

Le specializzazioni che hanno maggiormente aderito sono:

- Oncologia (27,3%);
- Anestesia e Rianimazione (19,7%);



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Psichiatria (10,6%)
- Urologia (7,6%);
- Ortopedia (7,6%);
- Pediatria (6,10%).

A seguire: Ginecologia (3%); Patologia clinica e Biochimica clinica (3%); Neuropsichiatria Infantile (3%); Geriatria (2%); Medicina Interna (1,50%); MEU (1,50%), Pneumologia (1,50%); Dermatologia (1,50%); Chirurgia Plastica e Ricostruttiva (1,50%); Altro 1,50%.

Degli intervistati,

- il 65% ha dichiarato di aver sentito parlare e conoscere le Cure Palliative;
- il 35% di averne sentito parlare, ma di non conoscerle esattamente;
- lo 0% di non aver mai sentito parlare.

Il primo contatto con le Cure Palliative è avvenuto mediante:

- Corso di Laurea (33%)
- Altro (19,40%)
- Esperienza personale/volontariato (12,60%)
- ADE (8,70%)
- Confronto con Specializzandi di Cure Palliative (7,80%)
- Contatti lavorativi per consulto/trasferimento di pazienti in Hospice (6,80%)
- CFSMG (5,80%)
- Congressi (3,90%)
- Mass-Media (1,90%)

Riguardo alla Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure palliative, degli intervistati

- il 76,7% sapeva dell'esistenza della Scuola;
- il 23,3% No.

Abbiamo successivamente verificato la corretta conoscenza di alcune informazioni. Nonostante il 65% avesse affermato di conoscere e avere cognizione delle Cure Palliative, è emerso che:

- Il 29,1% erroneamente identificava la disciplina delle Cure Palliative con Medicina di Comunità e Cure Primarie (contro il 70,9% che ha invece correttamente negato questa identità);
- Il 68,9% ha identificato la disciplina delle Cure Palliative con la branca Terapia del Dolore, contro il 31,1% che, al contrario, le ha correttamente identificate come discipline differenti;
- Ancora, il 68,9% identifica le Cure Palliative con il Fine Vita, contro il 31,1% che, diversamente, non le considera come sinonimo.

“Conosci DAT (Disposizioni Anticipate di Trattamento)?”:

- Il 76,7% Sì;
- Il 13,6% ne ha sentito parlare, ma non so in cosa consistano;
- Il 9,7% No.

Le domande successive hanno sondato la conoscenza riguardo ai Ricoveri di Solievo e le Cure Palliative Simultanee.

“Gli Hospice non sono necessariamente il luogo dove i pazienti terminali vivono l'ultima fase della loro vita, ma, ci si può accedere, anche temporaneamente, venendone poi dimessi. Ne sei a conoscenza?”

- Il 54,4% Sì
- Il 45,6% No

“Sai che le Cure Palliative possono intervenire anche già in una fase precoce di malattia a prognosi infausta (in fase di trattamenti attivi) e non esclusivamente nell'ultimo periodo di vita?”

- Il 79,6% Sì
- Il 20,4% No

“Quali tipi di pazienti sono eleggibili alle Cure Palliative?” (selezionabili tutte le opzioni).

- Oncologici (100% delle risposte)
- Ematologici (83,5%)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Neurologici (73,8%)
- Insufficienze d'organo avanzate (72,8%)
- Anziani fragili (63,1%)
- Reumatologici (62,1%)
- AIDS (55,3%)
- Demenza (53,4%)

Infine, si richiede di associare istintivamente il termine “palliative” a delle opzioni (sia concetti positivi, che negativi- selezionabili da 1 a 3 risposte). Abbiamo proposto termini prestabiliti per evitare dispersione dei dati. Risultati:

- Solievo (69,9%)
- Umanità (63,1)
- Dignità (62,1%)
- Sofferenza (39,8%)
- Rassegnazione (15,5%)
- Comunicazione/Interrelazione (12,6%)
- Decoro (7,8%)
- Limite (7,8%)
- Inefficacia (3,9%)
- Inutilità (1%)

CONCLUSIONI: Emerge che, in prevalenza, il primo contatto con le cure palliative sia durante il Corso di Laurea, che sembra dare adeguato spazio alla materia. Tuttavia, nonostante la percezione di avere cognizione a riguardo, c'è confusione su alcuni aspetti: primo tra tutti, l'identificazione con altre discipline, come Terapia del Dolore e Medicina delle Comunità. Inoltre, le Cure Palliative sono identificate col Fine Vita (68,9%), ponendo importanti limiti concettuali nella considerazione dei ricoveri di sollievo e delle Cure precoci e simultanee.

In mancanza di una conoscenza chiara delle CP, si rischia che possa venire meno l'incontro tra risorse umane e realtà formativa. Spesso, infatti, ciò che non si conosce, non solo non viene scelto, ma talora neanche è preso in esame.

Riguardo all'indagine “semantica” le CP sono associate prevalentemente ai termini Solievo, Umanità, Dignità, ma anche Sofferenza (39,8%), dato che lascia riflettere.

È necessaria, dunque maggiore divulgazione.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



QUANDO NON SI PUÒ GUARIRE IL CINEMA COME STRUMENTO EDUCATIVO: UN PERCORSO PER PARLARE DI INGUARIBILITÀ AI GIOVANI

Agata Labate Labate¹, Roberta Migliorato¹, Antonino Germanà¹, Caterina Testai²

¹Consorzio di Cooperative Sociali SISIFO, Messina, Italia, ²Consorzio di Cooperative Sociali SISIFO, Catania, Italia

SCOPO: A più di 7 anni dalla entrata in vigore della legge n. 219/2017 ed a 14 anni dalla legge n. 38/2010, non tutti sono ancora a conoscenza del diritto alle cure palliative e ancor meno della possibilità di disporre - da sani - delle proprie volontà di futuro trattamento. Obiettivo del progetto è quello di affrontare la tematica dell'inguaribilità attraverso lo strumento educativo e comunicativo del cinema.

METODO: Abbiamo selezionato una filmografia idonea a meglio esemplificare in cosa consistano le Cure Palliative; rivisto produzioni cinematografiche in cui inguaribilità, autodeterminazione, dignità, qualità della vita e del fine vita rappresentano tematiche cardine. Il progetto è stato proposto ai dirigenti scolastici e quindi sviluppato con gruppi di studenti dell'ultimo anno della scuola secondaria. Obiettivo è stato quello di dialogare sui temi dell'inguaribilità per aiutare gli studenti a confrontarsi con le realtà della fragilità e del limite umano; promuovendo empatia, ascolto e rispetto per il dolore altrui; dando informazioni semplici ma incisive su quanto presente e legalmente possibile in Italia. Abbiamo infine proposto un questionario anonimo a risposta multipla e contraccia libera conclusiva. Questionario composto da 20 domande di cui le prime 17 utili per una auto valutazione sul livello di conoscenza delle tematiche proposte. Le ultime tre domande conclusive, seguite da un commento libero, erano incentrate sull'utilità del medium cinematografico nella formazione-informazione in tema di inguaribilità. L'incontro con gli studenti prevedeva una prima parte sotto forma di breve lezione sui temi dell'inguaribilità e della terminalità, sul fine vita e sulle differenze tra cure palliative, sedazione palliativa, suicidio assistito ed eutanasia chiarendo anche i concetti di accanimento terapeutico, DAT e consenso informato. A seguire una fase interattiva con proiezione di trailer di film selezionati per avvicinarsi alle varie tematiche.

Film proposti.

- Il mare dentro (2004) Tema principale: Il diritto alla morte, l'inguaribilità e la sofferenza cronica; la dignità e la libertà di scelta. La trama è incentrata sulla storia vera di un pescatore della Galizia che, rimasto tetraplegico, dopo 25 anni, chiede aiuto per porre fine alla propria vita. Vista l'assenza di una norma che glielo consenta, porta la vicenda personale sul palcoscenico del dibattito pubblico. Tra dicembre 2020 e marzo 2021 la Camera dei Deputati spagnola ha approvato una proposta di legge in materia di eutanasia che, tra l'altro, interviene a modificare, attraverso una causa di non punibilità, la fattispecie codicistica di aiuto al suicidio.
- Bella addormentata (2012) Film italiano che affronta il tema della morte, dell'eutanasia e delle scelte morali riguardanti la vita e la sofferenza senza speranza. La pellicola, ispirata al caso di Eluana Englaro, ha permesso di affrontare il tema della idratazione e nutrizione artificiale come cura e di riflettere su come il concetto di morte venga affrontato dalla società, dalla politica e dalla fede religiosa, evidenziando la loro relazione con la comunicazione mediatica.
- Io prima di te (2016) Film molto potente ed emozionante che affronta temi come: la disabilità e l'autonomia personale, la qualità della vita e la dignità della persona, la relazione di cura e l'amore, la libertà di scelta davanti all'inguaribilità, il suicidio assistito.
- Ultimo respiro (2015) Il tema trattato è quello che oggi rappresenta una interruzione di mezzi. Emerge il fondamentale rapporto con la famiglia e le relazioni sociali; il senso, lo scopo che permette di vivere nonostante tutto. Come si può affrontare la vita e la sua fine.
- Qualcosa di buono (2015) Una malattia incurabile, la SLA e una caregiver inesperta ma empatica e coinvolgente. La protagonista, che rifiuta la tracheotomia e torna a casa. Ma bisogna sapere stare accanto: empatia e scienza devono prendersi per mano creando una sinergia che ha per risultato delle valide cure palliative.
- Non è mai troppo tardi (2007) La condivisione della malattia nonostante le diversità, la progettualità nella terminalità. Questo film è un inno alla vita ed all'amicizia declinata fino all'ultimo respiro. Due uomini che decidono di reagire, godendosi senza rimpianti tutto il tempo che rimane loro, compilano una lista delle cose da fare prima di morire, risolvendo anche situazioni rimaste sino ad allora in sospeso.
- Quasi amici (2011) Film in cui il tema principale è quello della inguaribilità e della disabilità. L'accettazione della difficile condizione risulta possibile se esiste un adeguato supporto.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- La teoria del tutto (2014) Storia dello scienziato Stephen Hawking, affetto da atrofia muscolare progressiva. L'iniziale rifiuto della malattia è superato dalla determinazione e dall'amore. Celebra una sua frase durante un incontro pubblico: Finché c'è vita, c'è speranza.

RISULTATI: Il questionario è stato proposto a 160 studenti di un Istituto Tecnico come progetto pilota. Circa il 60% di loro hanno aderito alla compilazione. Dall'analisi dei 64 questionari alla domanda iniziale: "Hai mai sentito parlare di condizioni irreversibili di malattia con decorso infausto?" Il 68% ha affermato di averne sentito parlare alla televisione o da internet. Relativamente alle cure palliative, il 20.3% riferisce di esserne sufficientemente a conoscenza con un'percentuale del 48.4% che nel dettaglio delle definizioni le inquadra correttamente. Alta la percentuale di conoscenza generica riferita ai temi quali suicidio assistito ed eutanasia. Il 54.7% sa che cos'è il biotestamento ed il 46.9% l'accanimento terapeutico.

Domande epilogative: "Ti senti abbastanza preparato per stilare le DAT? Sugeriresti l'attivazione precoce di un percorso di cure palliative? Sei favorevole alla legalizzazione del suicidio assistito e/o dell'eutanasia?" Il 28% degli intervistati si riteneva pronto a stilare le DAT; il 68% è favorevole alla attivazione precoce delle cure palliative; maggiori ancora le percentuali favorevoli alla legalizzazione di suicidio assistito ed eutanasia: 75 e 60 %.

CONCLUSIONI: Dalla analisi complessiva dei questionari e dagli spunti di discussione, possiamo affermare come il cinema sia uno strumento prezioso per affrontare il tema dell'inguaribilità con attenzione e profondità. Insegna a guardare la fragilità con occhi nuovi e contribuisce a rendere gli studenti maggiormente consapevoli e di conseguenza anche cittadini migliori. Gli stessi studenti ritengono che queste tematiche siano ancora poco trattate e che richiedano una maggiore informazione ed ulteriori approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA:

- IMMAGINI NELLA CURA E NELLA FORMAZIONE V. Alastra
2017 Pensa MultiMedia Editore s.r.l



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 03 • RICERCA, FORMAZIONE

DIVULGAZIONE SCIENTIFICA



UN SEMPLICE FUMETTO DAL TITOLO

Michela Zaccherini¹

¹A.C.P.Livorno, Livorno, Italia

SCOPO: L'associazione nella quale lavoro vuole da qualche anno cercare di introdurre e divulgare nelle scuole, partendo dalle scuole elementari e medie, la cultura delle Cure Palliative. Il pensiero che guida questo progetto è quello di creare informazione e interesse per quella parte della Medicina che ha l'ambizione di curare il corpo e anche l'anima, senza però il bisogno di guarirli.

Si vuole sensibilizzare i bambini all'accudimento, al farsi carico dell'altro, al collaborare ciascuno secondo le proprie capacità al benessere di chi è in difficoltà.

Ancora più ardito si vorrebbe instillare nei giovani lettori l'idea del poter stare senza fare.

Infine il fumetto si presta anche in seconda battuta, come modo per aggirare la resistenza timorosa degli adulti, genitori e insegnanti, verso l'educazione alla morte che viene così introdotta in modo gentile e lieve.



METODO: Si è pensato che per poter interessare bambini dai 6 ai 12 anni i metodi che si usano di solito con gli adulti, tipo la lezione frontale o le slide, probabilmente non avrebbero catturato a lungo il loro interesse o suscitato curiosità così è nata l'idea di scrivere e disegnare un fumetto, breve e semplice. Abbiamo scartato l'idea di farlo disegnare da un fumettista adulto esperto e si è invece pensato di coinvolgere una giovane ragazza, nel nostro caso la figlia 13enne di una nostra dottoressa palliativista. Così la scrivente ha scritto i testi e Rachele, la nostra disegnatrice semi-volontaria, ha fatto i disegni.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RISULTATI: Ne sono uscite 5 vignette in cui due ragazzini vengono informati su cosa sono le Cure Palliative da un paffuto uccellino posato su un ramo del loro albero preferito. Nelle 5 vignette la bestiola spiega ai due ragazzini, maschio e femmina, che le Cure Palliative sono un ramo della Medicina che si occupa dei pazienti che non possono guarire; di quello che si può ancora fare per e con loro; dei professionisti che vi lavorano.

Il titolo è: 'Le Cure Palliative'

Presente anche un breve glossario per spiegare proprio il significato di alcuni termini tecnici usati dal nostro uccellino per enunciare le professionalità coinvolte nel gruppo di persone che lavorano in C.P.

CONCLUSIONI: Ad oggi il fumetto è stato stampato e visionato dai figli del gruppo degli operatori con cui lavoro in Hospice e sul Domicilio, in attesa di poterlo presentare in una scuola Elementare prima e Media poi della città in cui lavoro, a ottobre.

Il progetto sarebbe poi quello di portarlo in tutte le scuole della città o almeno in alcune classi, non soltanto per raggiungere e insegnare ai bambini e ragazzi che esistono le C.P. ma anche per poter far conoscere la presenza della ass.nee la sua disponibilità ad intervenire, nelle scuole, con incontri sia divulgativi che di contenimento oovesi verifichino tutti nelle famiglie degli alunni.

Ci piacerebbe anche che queste vignette potessero varcare i confini della nostra città ed essere usate, viste, lette da bambini e genitori e insegnanti così che le C.P. possano non spaventare più nessuno.

BIBLIOGRAFIA: Francesca Ronchetti, 'Permanodi fronte all'oltre'; edizioni la meridiana, 2021

Paola Luzzatto, 'Arte Terapia'; Cittadella editrice, 2009.

Snoopy; tutte le vignette.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



TRATTAMENTO DEL DOLORE E SICUREZZA STRADALE: IL NODO IRRISOLTO DEI FARMACI STUPEFACENTI

Vivian Sardo¹, Carlo Grizzetti², Marco Maria Scoletta³, Stefania Tinti⁴, Michele Fortis⁵

¹UOCHospice Cure Palliative - ASSTRhodensePoSalvini, Garbagnate Milanese, Italia, ²UOOCurePalliative Integrate Po Ospedaledi Circolo, Varese, Italia, ³Università Degli Studi di Milano, Milano, Italia, ⁴Corsodi Laurea in Infermieristica Università Degli Studi di Milano Sede di Rho, Rho, Italia, ⁵Fondazione Teresa Camplani, Brescia, Italia

SCOPO: L'utilizzo di farmaci stupefacenti rappresenta il cardine del trattamento del dolore. La responsabilità nella prescrizione e nell'uso rispettivamente del Medico prescrittore e del Paziente deve necessariamente rappresentare una sintesi tra due fondanti aspetti: il dovere di assistenza da parte del Medico e l'esercizio della propria libertà consapevole da parte del Paziente.

Da un lato vi è il diritto del Paziente a ottenere un adeguato sollievo dalla sofferenza e tutte le adeguate informazioni al riguardo, dall'altro la necessità di tutelare la sicurezza collettiva, che può essere compromessa in determinate circostanze dall'assunzione di specifici farmaci. Il diritto al trattamento del dolore è ampiamente riconosciuto e tutelato ai massimi livelli dell'ordinamento giuridico. Tuttavia, anche la sicurezza pubblica costituisce un diritto fondamentale della collettività. L'obiettivo del lavoro è riconoscere e condividere il perimetro di sicurezza prescrittiva nel quale ottenere l'effetto terapeutico in assenza di alterazioni significative delle abilità complessive richieste per la guida di autoveicoli. Condividere questo perimetro con il Paziente attraverso la sottoscrizione di una Pianificazione condivisa di trattamento e a supporto di tale sottoscrizione leggere con il Paziente la Lg 217 del 2019 in senso reciproco e bidirezionale dinamico ed interattivo.

METODO: Numerosi studi in letteratura scientifica hanno infatti evidenziato in modo inequivocabile la correlazione tra l'assunzione di sostanze psicotrope – incluso l'alcol – e l'aumento dell'incidentalità complessiva.¹⁻⁴

La Legge n. 219 del 2017 afferma in modo chiaro e inequivocabile il principio dell'autodeterminazione del Paziente. Questo diritto si realizza all'interno della relazione di cura tra Medico e Paziente, attraverso un processo informativo che prevede la comunicazione dei benefici attesi, dei rischi prevedibili, dell'esistenza di valide alternative terapeutiche e delle conseguenze di un eventuale rifiuto del trattamento. Nel nostro ambito professionale riteniamo che, sebbene la norma non lo espliciti in modo diretto, l'obbligo informativo debba comprendere anche la comunicazione circa l'eventuale riduzione delle capacità psico-fisiche del Paziente associata all'assunzione di farmaci psicotropi, inclusi gli stupefacenti. Si tratta di un rischio concreto, che riguarda non solo il Paziente, ma anche la collettività nel suo complesso.

Sempre la Legge n. 219 del 2017 stabilisce che l'informazione fornita al Paziente debba essere esplicita, personale, specifica – in quanto riferita a uno specifico trattamento per favorire una scelta consapevole, basata su comunicazioni dettagliate rese dal Medico.

Nel caso del trattamento cronico del dolore con farmaci stupefacenti, spesso prolungato nel tempo, riteniamo che tale informazione debba essere completa e comprensibile, e rappresenti un passaggio imprescindibile nel processo terapeutico. Un'informazione realmente esaustiva, volta a tutelare il Paziente, non può prescindere dalla descrizione degli effetti che tali farmaci possono avere anche sulla capacità giuridica e funzionale, affinché il Paziente sia consapevole dei potenziali rischi cui potrebbe esporre, tanto sé quanto gli altri.

Alla relazione Medico-Paziente spetta quindi il delicato compito di bilanciare, il diritto alla cura, l'esercizio delle libertà individuali – come, ad esempio, il diritto alla mobilità attraverso la guida di veicoli – e la conoscenza delle responsabilità che egli assume nei confronti della collettività.

RISULTATI: Il presente elaborato intende promuovere, partendo dalla letteratura più recente, una riflessione sul tema, alla luce degli sviluppi sia nel campo farmacologico sia nell'evoluzione della cultura del diritto alla cura del dolore.

Tale riflessione risulta particolarmente rilevante in considerazione delle recenti modifiche normative, in particolare con riferimento alla Legge 25 novembre 2024, n. 177 – Interventi in materia di sicurezza stradale e delega al Governo per la revisione del Codice della Strada, che modifica il D. Lgs. 30 aprile 1992, n. 285 pubblicata nella Gazzetta Ufficiale (Serie Generale n. 280 del 29/11/2024) ed entrata in vigore il 14 dicembre



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



2024. La Legge introduce nuove disposizioni che incidono anche sul rapporto tra uso di farmaci psicotropi e idoneità alla guida, con rilevanti implicazioni per Pazienti in trattamento con farmaci stupefacenti per il dolore cronico.

CONCLUSIONI: In ultima analisi intendiamo delineare un perimetro di sicurezza prescrittiva entro il quale il Paziente possa esercitare la propria libertà nel contesto del trattamento del dolore, sulla base di dati derivanti dall'esperienza clinica e sperimentale. Inoltre, proponiamo l'adozione di uno strumento di tutela condiviso: un patto di cura formalizzato, che rappresenti un impegno reciproco tra Medico e Paziente, fondato su una pianificazione condivisa del percorso terapeutico.

BIBLIOGRAFIA:

1. Pelletti G, Verstraete AG, Reyns T, Barone R, Rossi F, Garagnani M, Pelotti S. Prevalence of therapeutic drugs in blood of drivers involved in traffic crashes in the area of Bologna, Italia. *Forensic Sci Int.* 2019 Sep; 302:109914. doi: 10.1016/j.forsciint.2019.109914. Epub 2019 Aug 1. PMID: 31419592.
2. S. Ravera, S.P. Monteiro, J.J. de Gier, T. van der Linden, T. Gomez-Talegon, F.J. Alvarez, A European approach to categorizing medicines for fitness to drive: outcomes of the DRUID project, *Br. J. Clin. Pharmacol.* 74(6) (2012) 920-931.
3. H. Schulze, M. Schumacher, R. Urmeew, J. Alvarez, I.M. Bernhoft, Hd.G. de Gier, M. Hagenzieker, S. Houwing, A. Knoche, M. Pilgerstorfe, Driving Under the Influence of Drugs, Alcohol and Medicines in Europe-Findings From the DRUID Project Available at, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2012. http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/druid_en.
4. T. Gómez Talegón, I. Fierro, F.J. Álvarez, Md.Cd. Río, Classification of medicinal drugs and driving: coordination and synthesis report, Deliverable 4.4.1 in the 6FP DRUID Available at, (2011). <https://www.bast.de/Druid/EN/deliverables-list/deliverables-list-node.html?sessionId=D970819719F9423381-D95A831D869803.live11292>.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

ETICITÀ DELLA SEDAZIONE PALLIATIVA: UN'INDAGINE RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE ITALIANA A SETTE ANNI DALLA LEGGE 219/2017. IL RUOLO EDUCATIVO DELL'INFERMIERE

Lucia Merli¹, Chiara Biagini¹, Laura Grisotto¹

¹USL Toscana Centro / UNIFI, Firenze, Italia, ² Ex studentessa UNIFI, Firenze, Italia, ³ Università degli Studi di Firenze, Firenze, Italia

SCOPO: Le tematiche che riguardano il fine vita assumono sempre più importanza nello scenario etico e appare sempre più evidente come il pensiero sulla morte sia diventato estraneo alla nostra cultura. In questo scenario, quello delle cure palliative è un mondo in cui emergono tante perplessità e incertezze. Tra queste, vi sono anche dubbi circa l'eticità della sedazione palliativa, un atto terapeutico consentito dalla legge 219/2017 per alleviare quelli che sono definiti sintomi "refrattari" che comporta la perdita della coscienza. Di fronte a questa prospettiva, si auspica un incremento della consapevolezza nella popolazione, frutto di programmi educativi erogati anche da parte dei sanitari.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale trasversale a fini descrittivi, per realizzare una fotografia delle conoscenze della popolazione italiana circa le cure palliative, la legge 219/2017 e gli aspetti inerenti all'eticità della sedazione palliativa. L'indagine è stata svolta tramite un'intervista online con il supporto di un questionario realizzato con i Moduli Google di diffuso, con campionamento non probabilistico, alla popolazione residente in Italia con un'età superiore ai 18 anni.

RISULTATI: È stata effettuata un'analisi descrittiva per sintetizzare le caratteristiche principali del campione studiato e per ottenere una comprensione chiara delle variabili in esame.

Si sono analizzate le risposte di 674 soggetti dalle quali è emerso che la popolazione ha in generale una buona conoscenza delle cure palliative, benché la legge 219/2017, anche detta "legge sul fine vita", sia conosciuta interamente soltanto dal 28,64% del campione totale. Riguardo alla sedazione palliativa, è emerso come soltanto il 55,04% del campione totale la conosce e in relazione all'eticità si è notata come vi sia ancora confusione, anche nel paragonarla all'eutanasia. Sebbene le ipotesi alle quali si è arrivati possano essere indagate effettuando uno studio più approfondito con analisi inferenziali, parrebbe che nello studio condotto le variabili che più hanno inciso sulle conoscenze siano state la "classe di età" e la "zona di residenza". Infatti, sono state rilevate conoscenze maggiori tra coloro che hanno un'età superiore ai 65 anni e minori conoscenze in coloro che vivono al Sud e nelle Isole. Da ultimo, si ritiene importante sottolineare come sia evidente la mancanza di un'approfondita riflessione sui temi e la mancanza di conoscenze al riguardo. Questi risultati confermano la supposizione iniziale circa la reale necessità di incrementare l'informazione e la discussione sui temi inerenti al fine vita.

CONCLUSIONI/Conclusioni

In considerazione dell'evidente mancanza di conoscenze circa la legislazione a tutela del fine vita e della confusione circa l'eticità della sedazione palliativa, si auspica la valorizzazione della responsabilità educativa dell'infermiere verso gli assistiti e la comunità generale, affinché egli possa farsi promotore e facilitatore per una maggiore informazione e discussione sui temi inerenti al fine vita, anche tramite percorsi di Death Education.

BIBLIOGRAFIA:

- Arevalo, J. et al., 2012. Palliative sedation: reliability and validity of sedation scales. *Journal of Pain and Symptom Management*, Novembre, 44(5), pp. 704-714.
- Armstrong, K., 2011. *Twelve Steps To A Compassionate Life*. Londra: The Bodley Head.
- Belar, A. et al., 2021. How to measure the effects and potential adverse events of palliative sedation? An integrative review. *Palliative Medicine*, Febbraio, 35(2), pp. 295-314.
- Bowen, L., 2014. The multidisciplinary team in palliative care: a case reflection. *Indian Journal of Palliative Care*, Maggio, 20(2), pp. 142-145.
- Bush, S. et al., 2014. The Richmond Agitation-Sedation Scale modified for palliative care inpatients (RASS-PAL): a pilot study exploring validity and feasibility in clinical practice. *BMJ Palliative Care*, 31 Marzo. 13(17).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Cameron,D.,Bridge, D. & Blitz-Lindeque, J., 2004. Use of sedation to relieve refractory symptoms in dying patients. South African Medical Journal, Giugno,94(6), pp. 445-449.

Capaldo, G., 2007. La relazione con il paziente: dal to cure al to care. Scienza Riabilitativa, 3 Gennaio,8(3), pp. 5-12

Caraceni, A. et al., 2019. Libro Italiano di Medicina e Cure Palliative. Milano: Poletto Editore srl.

Cherny, N. I. & Radbruch, L., 2009. European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care. Palliative Medicine, Ottobre, 23(7), pp. 581-593.

Colombetti, E., 2009. To cure e to care in situazioni di fine vita: la proporzionalità e le cure palliative. Persona y Bioética, Giugno, 13(1), pp. 9-19.

Comitato Nazionale per la Bioetica, 2016. Sedazione palliativa profonda continua nell'imminenza della morte. s.l.:s.n.

Epstein, E. G. & Hamric, A. B., 2009. Moral distress, moral residue, and the crescendo effect. Journal of Clinical Ethics, 20(4), pp. 330-342.

FNOP, 2019. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche. s.l.:s.n.

Gustafson, D. H., 2007. A good death. Journal of Medical Internet Research, 14 Marzo.

Ingravallo, F. et al., 2019. Discussions about palliative sedation in hospice: Frequency, timing and factors associated with patient involvement. European Journal of Cancer Care, Maggio, 28(3).

Legge numero 219, 22 Dicembre 2017: Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento (s.d.) www.salute.gov.it.

Michael, E. S. & David, E. W., 2005. Controlled Sedation for Refractory Suffering: Part I. Journal of Palliative Medicine, Gennaio, 8(1), pp. 136-138.

Ministero della Salute, 2021. Cure palliative in ospedale. Un diritto di tutti. s.l.:s.n.

Morita, T., 2004. Palliative Sedation to Relieve Psycho-Existential Suffering of Terminally Ill Cancer Patients. Journal of Pain and Symptom Management, 5 Novembre, 28(5), pp. 445-450.

Morita, T., Tsuneto, S. & Shima, Y., 2002. Definition of sedation for symptom relief: a systematic literature review and a proposal of operational criteria. Journal of Pain and Symptom Management, Ottobre, 24(4), pp. 447-453.

Natalini, G., 2018. Ventilab: formazione e ricerca su insufficienza respiratoria e ventilazione meccanica. [Online]

Available at: <https://www.ventilab.it/2018/07/sedazione-ed-intubazione-tracheale.html>

Nussbaum, M. C., 2001. Upheavals of Thought. The Intelligence of Emotions. Cambridge: Cambridge University Press.

Ripamonti, C. A., 2020. Manuale di Psicologia della Salute. s.l.: Il Mulino.

SICP & ANIMO, 2022. L'assistenza infermieristica e l'identificazione precoce dei bisogni di CP nel paziente cronico ospedalizzato. s.l.:s.n.

SICP & SIAARTI, 2023. Linee Guida sulla Sedazione Palliativa nell'Adulto. Roma: s.n.

Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità, 2023. Linee Guida sulla Sedazione Palliativa nell'adulto. Roma: s.n.

Società Italiana di Cure Palliative, 2007. Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa. s.l.:s.n.

Società Italiana di Cure Palliative, 2018. Core Competence Italiano dell'Infermiere in Cure Palliative. Milano: s.n.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 04 • PSICOSOCIALE

ASPETTI PSICOLOGICI



IMMAGINE CORPOREA E SESSUALITÀ IN PAZIENTI ONCOLOGICI CON TUMORI NON LEGATI ALLA SFERA SESSUALE: STUDIO OSSERVAZIONALE, PROSPETTICO, MONOCENTRICO

Maihe Shams¹, Klodjana Lleshi¹, Alessio Fabozzi¹, Luigi Dall'Olmo¹, Alberto Angarano¹, Fabiola Fatone¹, Giovanna Magni¹, Marco Pluti¹, Alessandra Feltrin¹

¹Istituto Oncologico Veneto, Padova, Italia

SCOPO: Nell'ambito oncologico, l'intervento chirurgico costituisce una delle principali modalità terapeutiche per il trattamento dei tumori. Pur essendo fondamentale per la gestione della patologia, la chirurgia può comportare modificazioni fisiche significative che incidono negativamente sull'immagine corporea, sulla percezione di sé e sulla funzione sessuale del paziente. Questi cambiamenti, talvolta evidenti e duraturi, influenzano profondamente la qualità della vita, determinando un deterioramento del benessere psicologico ed emotivo, nonché delle dinamiche relazionali. Pertanto, è essenziale adottare un approccio integrato che consideri anche la sfera psicologica e relazionale, al fine di garantire un supporto adeguato al suo benessere globale.

Numerosi studi hanno documentato una forte correlazione tra distress legato all'immagine corporea, sintomi depressivi e disfunzioni sessuali nei pazienti oncologici, ma le evidenze specifiche relative a tumori come il melanoma e il sarcoma sono ancora scarse. L'immagine corporea, infatti, esercita un impatto significativo sulle relazioni intime e sulla soddisfazione sessuale, influenzando aspetti centrali della vita relazionale e affettiva del paziente. In questo contesto, le difficoltà sessuali, tra cui la riduzione della frequenza dei rapporti sessuali e la presenza di dolore durante l'attività sessuale, rappresentano problematiche comuni, con conseguenti implicazioni emotive e psicologiche. Tali difficoltà costituiscono una fonte di stress aggiuntivo, che può aggravare il vissuto complessivo del paziente e richiede interventi psicologici mirati per affrontare le dimensioni psicologiche e relazionali legate alla malattia oncologica.

L'obiettivo della presente ricerca è analizzare l'impatto delle terapie oncologiche sull'immagine corporea di pazienti affetti da melanoma e sarcoma, esplorando come tale percezione influenzi la loro sfera sessuale. Si intende approfondire i fattori determinanti che maggiormente condizionano la sessualità in tale contesto, identificando le principali variabili correlate e investigando il ruolo della qualità della vita nel modulare l'effetto sull'immagine corporea e sulla sessualità dei pazienti oncologici. A tale fine, questo è uno studio osservazionale, prospettico e monocentrico, che seguirà i pazienti nel tempo, raccogliendo dati longitudinali con lo scopo di esaminare l'evoluzione di queste dimensioni a partire dal momento della comunicazione della diagnosi.

METODO: I pazienti che soddisfano i criteri di inclusione ed esclusione saranno reclutati da uno psicologo (sperimentatore) durante il loro accesso al servizio ospedaliero, dove i questionari verranno somministrati nell'ambulatorio dedicato alla chirurgia dei melanomi e dei sarcomi. A ciascun potenziale partecipante viene dettagliatamente illustrato lo studio, inclusi lo scopo, le procedure di raccolta dati e i potenziali rischi e benefici della partecipazione. Viene quindi richiesto di firmare un modulo di consenso informato, che ne attesta la partecipazione volontaria e informata. Lo sperimentatore si assicura della piena comprensione delle informazioni e risponde a eventuali domande.

La valutazione viene effettuata tramite questionari da somministrare rispettivamente in quattro momenti:

- T0 (Baseline): Scheda socio-anamnestica, Image Scale (BIS), Female sexual function index (FSFI)/Indice internazionale della funzione erettiva (IIEF)
- T1 (3 mesi): BIS, FSFI/IIEF, Visual Analogue Scale (VAS), European Organisation for Research and Treatment of Cancer- Quality of Life Questionnaire - Core30 (EORTC QLQ-C30)
- T2 (6 mesi): BIS, FSFI/IIEF, VAS, EORTC QLQ-C30
- T3 (12 mesi): BIS, FSFI/IIEF, VAS, EORTC QLQ-C30

RISULTATI: Nel contesto del presente studio, avviato nel gennaio 2024, sono stati reclutati 17 pazienti per la valutazione basale (T0). Il reclutamento prosegue attivamente, con l'obiettivo di arruolare un totale di 100



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



pazienti, di età compresa tra i 30 e i 60 anni. A partire dal mese di aprile 2024, sono state avviate anche le valutazioni di follow-up a 3 mesi (T1) per i partecipanti già inclusi nello studio. Il processo di raccolta dei dati proseguirà per 36 mesi, con una fase di osservazione e completamento dei questionari della durata di 12 mesi, al fine di ottenere informazioni significative sui parametri in esame.

Verranno presentati i dati raccolti nel corso di questi mesi attraverso un confronto tra i valori ottenuti al tempo t0 e quelli al tempo t1, limitatamente ai pazienti che hanno completato entrambe le fasi del protocollo.

CONCLUSIONI: In conclusione, lo studio si propone di esplorare i fattori clinici e socio-demografici che possono predire una maggiore vulnerabilità alle alterazioni dell'immagine corporea e della sessualità nei pazienti oncologici, a partire dal momento della diagnosi di melanoma o sarcoma. Si ipotizza che una percezione negativa dell'immagine corporea, in particolare in relazione alla presenza di cicatrici, possa essere correlata a un incremento del distress psicologico, a una riduzione della qualità della vita e a disfunzioni sessuali. Si prevede che nei primi tre mesi dalla diagnosi oncologica si manifesti una significativa diminuzione della percezione dell'immagine corporea, seguita da un processo di adattamento che, nel lungo periodo, possa portare a un miglioramento o a una stabilizzazione dell'immagine corporea nei successivi follow-up. I risultati di questo studio forniranno nuove evidenze sull'impatto psicologico e sessuale dei tumori non direttamente legati alla sfera sessuale, contribuendo alla formulazione di strategie di supporto psicologico mirate a migliorare il benessere psicosessuale e la qualità della vita di questa specifica popolazione.

BIBLIOGRAFIA:

1- Fingeret, M.C., Teo, I., & Epner, D.E. (2014). Managing image difficulties of adult cancer patients: lessons from available research. *Cancer*, 120(5): 633-641. DOI: 10.1002/cncr.28469

2- Brederbeck, J., Heise, A., & Zimmermann, T. (2021). Image in patients with different types of cancer. *Plos One*, 16:11 DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260602>

3- Barton-Burke, M., Gustason, C.J. (2007). Sexuality in women with cancer. *Nurs Clin N Am* 42, 531-554. doi:10.1016/j.cnur.2007.08.001

4- Annunziata, M.A., Muzzatti, B., Bomben, F., Flaiban, C., Piccinin, M., & Solfrini, V. (2018). A contribution to the validation of the Italian version of the Image Scale (BIS). *BMC Cancer*, 18:1222. <https://doi.org/10.1186/s12885-018-5143-6>

5- Filocamo, M.T., Serati, M., Li Marzi, V., Costantini, E., Milanesi, M., Pietropaolo, A., Polledro, P., Gentile, B., Maruccia, S., Fomia, S., Lauri, I., Alei, R., Arcangeli, P., Sighinolfi, C., Manassero, F., Andretta, E., Palazzatti, A., Bertelli, E., Del Popolo, G., & Villari, D. (2014). The Female Sexual Function Index (FSFI): Linguistic Validation of the Italian Version. *J Sex Med*, 11:447-453. DOI: 10.1111/jsm.12389

6- Rosen, R.C., Riley, A., Wagner, G., Osterloh, I.H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997). The international index of erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49:822-83



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 04 • PSICOSOCIALE

ASPETTI PSICOLOGICI



STUDIO OSSERVAZIONALE QUALITATIVO-QUANTITATIVO SUI BISOGNI DEL PAZIENTE ONCOLOGICO: COME PROCEDERE VERSO UNA REALE UMANIZZAZIONE DELLE CURE

Marianna Rondini¹, Sara Pinotti¹, Enrica Cantinotti¹, Paola Lorenzani¹, Gianluca Petriccioli¹, Luana Folenghi¹, Carlo Aschele¹

¹ASL5 Ospedale Sant'Andrea, La Spezia, Italia

SCOPO: In letteratura è ampiamente emersa l'importanza dell'umanizzazione delle cure in ambito oncologico e delle sue sfaccettature, quali l'approccio compassionevole, il supporto psicologico, la comunicazione, il coinvolgimento dei familiari, e la personalizzazione delle cure per un approccio olistico, tenendo presenti le esigenze del paziente, quali per esempio i fattori logistici e la consapevolezza della diagnosi. Lo scopo dello studio è indagare i bisogni e le percezioni emotive dei pazienti all'interno del Day Hospital della Struttura Complessa di Oncologia, al fine di identificare strategie di miglioramento in tema di umanizzazione delle cure per il loro percorso.

METODO: Il disegno di studio è di tipo osservazionale qualitativo-quantitativo con campionamento non probabilistico di convenienza e prevede la raccolta di dati quantitativi e qualitativi utilizzando il metodo survey. Lo strumento utilizzato, denominato "questionario sui bisogni del paziente in oncologia", prevede 23 items tratte dallo strumento validato "Questionario sulla Compassione di Sinclair" e "Questionario CIPOMO sui bisogni dei pazienti", prodotto dal Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri.

RISULTATI: I risultati dello studio evidenziano in particolare: il bisogno di maggiore informazione sullo stadio della malattia (per il 17% dei pazienti), fattore che, secondo lo studio di R.S. Patel et al. può influenzare la gestione delle emozioni come ansia e paura. Dai dati emerge che il tempo di attesa dei pazienti prima del trattamento si aggira per il 42% "tra mezz'ora e un'ora", il 14% più di un'ora, fattore che, in accordo con lo studio di S. Lee et al., diminuisce significativamente la soddisfazione dei pazienti per quanto concerne il trattamento. Il 50% degli intervistati evidenzia che il tempo impiegato per raggiungere il luogo di cura pesa "moltissimo", ed il 30% riferisce che pesa "molto", così come evidenziato con lo studio di Pfaff et al., il viaggio prolungato rappresenta una delle principali fonti di stress psicologico per i pazienti, influenzando non solo sul benessere emotivo, ma anche sulla disponibilità ai trattamenti. Si evidenzia il bisogno di informazione rispetto alla legge 104 e le rispettive agevolazioni per il 20% dei pazienti, una figura con l'incarico di prenotare gli appuntamenti richiesti dal medico per il 16% dei pazienti, maggiori informazioni rispetto ai diritti di lavoratore a seguito della diagnosi per il 15% dei pazienti. Il 28% dei pazienti esprime la volontà di partecipazione ad attività di rilassamento e gestione dello stress, il 23% attività legate alla cura della propria immagine, il 13% attività motorie di gruppo, il 12% attività di confronto di gruppo, il 9% di tipo espressivo/creativo. Attività di questo genere vengono definite dallo studio di M. Lin et al. come un aiuto per i pazienti ad adattarsi emotivamente e mantenere un senso di speranza e controllo. La valutazione a livello umano dell'assistenza in reparto è stata valutata dai pazienti con una media di 9,35 su 10. Il concetto di "umanizzazione delle cure" è stato descritto più frequentemente con la caratteristica "gentilezza". Per migliorare l'accoglienza in reparto, il 44% dei pazienti suggerisce "miglioramento della struttura", il 41% "aumento del personale", il 9% "essere seguiti dallo stesso medico", il 6% "materiale di svago nelle sale d'attesa ed in reparto".

CONCLUSIONI: I risultati dello studio confermano, allineandosi alle affermazioni presenti in letteratura, quanto la pratica dell'umanizzazione delle cure, in tutte le sue sfaccettature, influenzi lo stato emotivo del paziente, mettendo in luce i bisogni del campione e creando spunti utili per interventi sul percorso di cura nel Day Hospital oncologico, di cui poter confermare l'efficacia in futuro con ulteriori studi. Promuovere interventi progettati per coltivare l'umanizzazione delle cure ed attivare misure pratiche per implementarla può favorire la qualità dell'assistenza nei contesti di cura.

La pratica dell'umanizzazione delle cure in ambito infermieristico è essenziale per rispondere pienamente alle necessità di chi soffre, favorendo un processo di guarigione che include anche il cuore e l'anima, e richiede che il professionista veda il paziente come un essere umano completo, degno di compassione, rispetto e dignità. Umanizzare le cure significa fornire assistenza centrata sulla persona, non solo sulle sue condizioni fisiche, ma anche considerando il suo benessere emotivo, ed il supporto psicologico, necessità



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



essenziali per il paziente alla luce delle "Fundamentals of Care" (cure fondamentali, f.o.c.). Questo approccio implica ascolto attivo, empatia e comunicazione rispettosa, adattata alle specificità del paziente, promuovendo una relazione di fiducia e comprensione.

BIBLIOGRAFIA: Sinclair S. et al. Sympathy, empathy, and compassion: A grounded theory study of palliative care patients' understandings, experiences, and preferences. *Palliat Med*, 2016

Borges KR et al. Beyond Treatment: A Narrative Review of Humanization Practices, Empathetic Communication, and Comprehensive Support in Oncology Patient Care in Brazil Over the Last Two Decades (2003-2023). *Am J Clin Oncol*, 2025

Fioretto L. Humanizing Oncology Care: A Strategic Imperative. *JCO*, 2025

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PROGETTO UN AMICO A QUATTRO ZAMPE IN HOSPICE

Ilaria Lombardi¹, Franco Fassola¹, Marcello Tucci², Franca Qualizza¹, Paolo Rappa Verona², Nadia Torchio², Elena Valdi², Carmen Angioletti², Cinzia Della Giustina², Isabella Gonella², Mihaela Grigore², Silvia Lusignano², Donatella Santero², Elisa Pinnizzotto², Giuseppa Giarrattana², Maria Grazia Lombardo², Silvia Scudeler², Francesco Pinta², Manuela Canicatti², Flavio Salerno³

¹ Associazione ConTe Cure Palliative OdV, Asti, Italia, ² Asl At, Asti, Italia, ³ Università degli Studi di Torino, Torino, Italia

SCOPO: Gli Interventi Assistiti con gli Animali (IAA), genericamente indicati con il termine di "Pet Therapy", comprendono una vasta gamma di progetti finalizzati a migliorare la salute e il benessere delle persone con l'ausilio di animali da compagnia. Le evidenze scientifiche mostrano come la relazione con l'animale possa riattivare l'interesse verso gli altri attraverso stimoli sensoriali, inducendo empatia anche in pazienti depressi o socialmente isolati. Gli obiettivi del progetto sono stati: aumentare la consapevolezza dei pazienti sul proprio stato di salute, valorizzare i propri punti di forza (l'animale stimola la resilienza), ridurre l'ansia, e offrire un momento di svago e leggerezza per pazienti, familiari e operatori sanitari. Le attività ludico-ricreative miravano a favorire la socializzazione, migliorare il tono dell'umore e il benessere psicofisico.

METODO: Il progetto è stato condotto presso una struttura residenziale per le cure palliative Hospice, con sedute settimanali della durata di circa un'ora. Il progetto è stato finanziato da una organizzazione di volontariato attiva nell'ambito delle cure palliative.

L'équipe era composta da un responsabile dell'attività (psicoterapeuta), un veterinario comportamentalista e una coadiutrice del cane, accompagnata da un cane da terapia di 6 anni. Ogni membro dell'équipe era a conoscenza dell'anamnesi clinica e familiare degli utenti partecipanti. Il cane ha assunto un ruolo attivo e dinamico nell'intervento, adattando i propri comportamenti alla situazione.

Ogni seduta prevedeva un briefing pre e post incontro tra i membri dell'équipe, con particolare attenzione alle precauzioni igienico-sanitarie. Il veterinario ha osservato direttamente (o tramite filmati) alcune sessioni, per garantire che l'interazione non arrecasse stress al cane. La coadiutrice ha compilato un diario descrittivo dei comportamenti del cane in ogni seduta.

Per la valutazione del distress degli operatori e della coadiutrice, è stato utilizzato uno strumento validato per la valutazione dello stress professionale. Per i pazienti, i benefici percepiti sono stati misurati tramite uno strumento quale l'IPOS.

RISULTATI: In accordo con la letteratura esistente, i dati raccolti confermano i benefici emotivi associati alla presenza dell'animale nei pazienti in fase avanzata di malattia. Miglioramenti sono stati osservati anche nei familiari e negli operatori, con una riduzione complessiva dei livelli di stress.

CONCLUSIONI: Gli IAA possiedono una valenza terapeutica, riabilitativa e ludico-ricreativa rilevante per migliorare la qualità della vita di pazienti, caregiver e operatori. Lo studio ha confermato i dati presenti in letteratura, evidenziando il ruolo del cane come mediatore nella relazione e nell'elaborazione delle emozioni in fase terminale.

BIBLIOGRAFIA:

- Lino Cavedon 2017. "Interventi assistiti con animali", Erickson
- Roberto Marchesini 2016 "Alterità. L'identità come relazione", Mucchi
- Roberto Marchesini 2017 "Identità del cane. Storia di un dialogo tra specie", Apeiron.
- Jean-Jacques Guilbert 2002 "Guida pedagogica per il personale sanitario", Edizioni Dal Sud
- Ministero della Salute marzo 2015 "Linee Guida Ministeriali"
- "MOR" settembre 2010 (per schede di valutazione)
- Bouchard F, et al. (2004). A magical dream: a pilot project in animal-assisted therapy in pediatric oncology. Can Oncol Nurs J.
- Johnson RA, et al. (2008). Animal-assisted activity among patients with cancer. Oncol Nurs Forum.
- Orlandi M, et al. (2007). Pet therapy effects on oncological day hospital patients. Anticancer Res.
- Silva NB, Osório FL (2018). Impact of an animal-assisted therapy programme. PLoS One.
- Murata-Kobayashi N, et al. (2023). Exploring the benefits of full-time hospital facility dogs. PLoS One.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL TOCCO SOTTILE: L'ARTE DI ACCOGLIERE E FARSI ACCOGLIERE

Sabrina Fortarel¹

¹Bildungszentrum Caritas Innsbruck, Innsbruck, AUSTRIA



SCOPO:

Mostra 'Essere mortali' al Dommuseum di Vienna, dicembre 2023:

l'autrice, profondamente toccata dall'installazione artistica 'stiller Abtrag' di Sybille Loew.

Descrizione dell'opera:

Sybille Loew (nata nel 1960), stiller Abtrag, 2023

200 targhette ricamate, stoffa, filo di perle e cotone, occhiali

“A Vienna, lo scorso anno (2022), sono morte più di mille persone senza famiglia, senza amici. A loro rende omaggio Sybille Loew con la sua installazione 'stiller Abtrag'. Il titolo si riferisce al termine utilizzato in Germania dalle agenzie funerarie per le sepolture senza parenti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Duecentotarghette pendono dal soffitto dell'atrio dell'esposizione, sospese a fili. L'artista ha ricamato su stoffa chiara delle etichette di identificazione, simili a quelle legate ai piedi delle salme. Vi si leggono nomi, date di morte ed età, informazioni reperite dall'artista secondo la normativa funeraria viennese del 2022. Un filo rosso, simbolo del filo della vita reciso, si dipana dalle targhette nello spazio, rimandando a vite individuali che si sono spente.

In questa installazione, il ricamo sembra rappresentare il tempo della vita, ma al contempo permette, anche solo per un istante, di rendere visibili i defunti strappati all'oblio.” (Domuseum Wien, *Sterblich Sein - Digitales Ausstellungsbegleitheft*, p. 37, 2023)

La presente tesi, pubblicata in tedesco e intitolata 'Die feine Kunst des Berührens und des Berührt-Werdens' appunto 'Il tocco sottile: l'arte di accogliere e farsi accogliere', nasce nell'ambito del corso di formazione "Accompagnamento alla vita, al lutto e alla morte con orientamento hospice e Cure Palliative, 2024/25" svolto in Tirolo, Austria. L'elaborazione prende avvio da un'esperienza personale profondamente significativa, suscitata dall'opera d'arte "Stiller Abtrag" di Sybille Loew, la quale commemora coloro che muoiono in solitudine. Questo evento percettivo ha sollecitato un'intensa riflessione sulla vulnerabilità umana, sulla solitudine, e sul valore della relazione e della cura attraverso il gesto della presenza.

L'elaborato si sviluppa a partire da una consapevolezza centrale: l'essere umano è per sua natura vulnerabile e bisognoso di legami. La solitudine viene contrapposta all'emozione della sicurezza affettiva, colma di protezione in un nido di calore umano: senza un "ancoraggio relazionale", il malato, la persona in lutto o in fase terminale, rischia di sperimentare un isolamento profondo. Accogliendo il pensiero del bioeticista Giovanni Maio*, si evidenzia come solo accettandola la propria vulnerabilità l'individuo sia in grado di entrare in autentica relazione con gli altri e con se stesso, tessendoci così la trama della propria identità e della propria umanità.

*Giovanni Maio, nato nel 1964 in Italia, è professore ordinario di etica medica all'Università di Freiburg in Germania.

METODO: L'obiettivo principale della tesi è esplorare, attraverso studi teorici e riflessioni personali, il significato profondo della cura mediante il tocco: un atto che non si limita al livello fisico, ma che attraversa la dimensione psicologica, sociale e spirituale della persona. Viene posta particolare attenzione al doppio movimento del 'toccare' e 'essere toccati', che nella relazione di cura si configura come uno scambio reciproco, un dono che necessita consapevolezza, delicatezza e rispetto della vulnerabilità reciproca: il tocco quindi inteso come esperienza sensibile e relazionale, come modo di essere in contatto con l'altro nella sua totalità — corpo, emozioni, anima.

La riflessione filosofica parte dal concetto di origine relazionale dell'essere umano: fin dalla vita intrauterina, l'esperienza della protezione e del contenimento plasma il nostro bisogno di legame. Questo 'essere avvolti' e 'sentirsi accolti, accuditi' costituisce il fondamento dell'essere-nel-mondo e continua a influenzare tutta la nostra esistenza, fino al momento della morte. È nella capacità di offrire una continuità di questa esperienza originaria, anche nel percorso di fine vita, che la cura tocca il suo apice etico ed esistenziale.

Particolare rilievo viene dato alla dimensione tattile come prima forma di linguaggio: il tatto precede la parola, permette la connessione, il riconoscimento reciproco, e persino la guarigione interiore. Attraverso riferimenti a Giovanni Maio e a pensatori come Jean-Luc Nancy (Corpus), si riflette su come la pelle - luogo d'incontro tra interno ed esterno - sia il primo confine vulnerabile e, al tempo stesso, il primo mezzo di comunicazione con il mondo.

Un altro tema cruciale è quello della cura intesa come attenzione profonda e responsabile all'altro: la "cura autentica" non nasce dall'obbligo, ma dal riconoscimento del valore intrinseco dell'altro, dalla capacità di lasciarsi toccare dal suo bisogno. Seguendo ancora Maio, la tesi sottolinea come la cura autentica abbia un potenziale trasformativo sia per chi la offre sia per chi la riceve: essa permette di far emergere le risorse residue anche in condizioni di estrema fragilità.

Dal punto di vista operativo, viene analizzata l'importanza dell'atteggiamento del curante: la consapevolezza corporea, la capacità di modulare distanza e prossimità, l'abilità nell'ascolto attivo e il rispetto dei ritmi e dei silenzi dell'altro sono strumenti fondamentali per instaurare una relazione di fiducia. Viene evidenziata l'arte di creare uno "spazio di accoglienza" — fisico, emotivo e spirituale — nel quale l'altro possa sentirsi visto, riconosciuto e accompagnato.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Anche la kinestetica viene discussa come approccio per affinare la percezione del movimento e della presenza corporea nella cura quotidiana, sottolineando come anche i gesti più piccoli possano avere una portata profondamente significativa, quando sono compiuti con consapevolezza e delicatezza.

RISULTATI: La tesi si propone di dimostrare come la cura, nella sua dimensione più profonda, implichi la creazione di uno spazio di risonanza, fiducia e reciprocità, in cui la relazione stessa diviene agente di trasformazione, consolazione e crescita reciproca.

CONCLUSIONI: Il tocco sottile: l'arte di accogliere e farsi accogliere si configura come un invito a ripensare il gesto della cura non come un semplice atto tecnico, ma come una vera e propria arte relazionale, radicata nell'ascolto, nella compassione e nella condivisa vulnerabilità. In questo senso, il tocco diventa uno strumento di riconnessione esistenziale, un linguaggio universale che trascende la parola e testimonia la dignità profonda di ogni essere umano, in ogni fase della vita, fino all'ultimo respiro.

BIBLIOGRAFIA: Sterblich Sein_Digitales Ausstellungsbeileitf: Dom Museum Wien, 2023

Giovanni Maio: Die Ethik der Verletzlichkeit, Herder Verlag, 2024

Giovanni Maio: Den kranken Menschen verstehen, Herder Verlag, 2015

Lenny Maietta & Frank Hatch: Maietta-Hatch Kinaesthetics für Berufe im Gesundheitswesen, Kinaesthetics-mh GmbH, 4. Auflage 2023



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



ADATTAMENTO ALLA MALATTIA E FATIGUE: IMPATTO SULLA QUALITÀ DI VITA NEI PAZIENTI CON NEOPLASIE EMATOLOGICHE CHE MIORREFRATTARIE

Giulia Di Francesco¹, Rosanna Di Lella¹, Maristella Mezzapesa¹

¹Dipartimento Oncologico-Ematologico, ASL Pescara, Pescara, Italia

SCOPO: Una diagnosi ematologica non si limita a compromettere l'integrità fisica del paziente, ma provoca anche la rottura di un equilibrio psicologico preesistente che lo costringe inevitabilmente al cambiamento (Dinapoli et al., 2021). I pazienti ematologici affrontano un carico psicofisico notevole, dovuto sia alla malattia sia agli effetti dei trattamenti, che a volte si esprime attraverso una sintomatologia pervasiva e persistente come la fatigue. Quest'ultima è uno dei sintomi più diffusi in questi pazienti e si associa a una compromissione significativa del funzionamento psicologico e sociale, non sempre migliorabile attraverso il solo trattamento medico (AIMAC, 2019). In tale contesto, le modalità con cui i pazienti affrontano la malattia risultano essere un fattore cruciale per la qualità dell'adattamento (Putton & Fortugno, 2011). In particolare, è stato osservato che l'uso di strategie disfunzionali, come l'impotenza/disperazione (Helplessness/Hopelessness) o la preoccupazione ansiosa (Anxious Preoccupation), è associato a livelli più elevati di fatigue (Andrykowski et al., 2005; Jacobsen et al., 2004), nonché a un peggioramento della qualità di vita percepita (Chenget al., 2019; Niedzwiedz et al., 2019).

Il presente studio si propone di indagare il ruolo della fatigue come variabile mediatrice nella relazione tra strategie di coping disfunzionali (Helplessness/Hopelessness/Anxious Preoccupation) e la qualità di vita percepita nei pazienti con diagnosi ematologiche che miorefrattarie. In particolare, si è voluto esplorare in che modo lo stile di adattamento alla malattia possa influenzare il benessere generale del paziente, evidenziando la necessità di un intervento mirato sulle modalità disfunzionali utilizzate per fronteggiare la malattia.

METODO: Sono stati reclutati 54 pazienti con diagnosi di Linfoma e Mieloma Multiplo seguiti presso il Day Hospital di Ematologia. Tutti i partecipanti allo studio hanno compilato una scheda socio-anagrafica e le seguenti scale self report: l'EuroQoL 5-Dimension 5-Level (EQ-5D-5L) che valuta la qualità di vita, il Mini-Mental Adjustment to Cancer scale (Mini-MAC) che indaga le modalità di adattamento funzionali e disfunzionali alla malattia, infine, la Fatigue Assessment Scale (FAS) che misura i livelli di fatigue.

RISULTATI: I nostri dati ci indicano che sia la dimensione dell'impotenza/disperazione sia quella della preoccupazione ansiosa esercitano un impatto diretto significativo sui sintomi di fatigue ($\beta = .33, p < .01$; $\beta = .29, p < .05$, rispettivamente). Inoltre, si riscontra una relazione causale significativa della fatigue sulla qualità di vita del paziente ematologico ($\beta = .55, p < .001$). In altre parole, l'utilizzo di strategie di coping disfunzionali come l'impotenza/disperazione e la preoccupazione ansiosa, favoriscono un incremento della sintomatologia della fatigue che a sua volta compromette il benessere generale del paziente ematologico. Infine, vi è una correlazione bivariata significativa tra le sottoscale Helplessness/Hopelessness/Anxious Preoccupation ($\beta = .59, p < .001$) che evidenzia un'interdipendenza reciproca tra le variabili.

CONCLUSIONI: I risultati preliminari di questo studio evidenziano l'impatto significativo delle strategie di coping disfunzionali sulla qualità di vita dei pazienti ematologici, sia in modo diretto, che attraverso la mediazione della fatigue. Questo suggerisce la necessità di interventi mirati che prendano in considerazione sia il sintomo fisico, ma anche il potenziamento delle risorse psicologiche e delle modalità di adattamento del paziente alla malattia. La promozione di strategie di coping più funzionali (Fighting Spirit e Fatalism) contribuisce in modo significativo a ridurre la fatigue e a migliorare la qualità di vita dei pazienti ematologici durante il loro percorso di cura.

BIBLIOGRAFIA:

- Dinapoli, L., Colloca, G., Di Capua, B., & Valentini, V. (2021). Psychological Aspects to Consider in Breast Cancer Diagnosis and Treatment. *Curr Oncol Rep.*, 23, 38.
- AIMAC - Associazione Italiana Malati di Cancro (2019). La fatigue. Disponibile presso: <https://www.aimac.it/libretti-tumore/fatigue>.
- Putton, A., & Fortugno, M. (2011). *Affrontare la vita*. Roma: Carocci.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Andrykowski, M.A., Schmidt, J.E., Salsman, J.M., Beacham, A.O., & Jacobsen, P.B. (2005). Use of a case definition approach to identify cancer-related fatigue in women undergoing adjuvant therapy for breast cancer. *J Clin Oncol.*, 23:6613–6622.
- Jacobsen, P.B., Andrykowski, M.A., & Thors, C.L. (2004). Relationship of catastrophizing to fatigue among women receiving treatment for breast cancer. *J Consult Clin Psychol.*, 72:355–361.
- Cheng, C.T., Ho, S.M.Y., Liu, W.K., Hou, Y.C., Lim, L.C., Gao, S.Y., Chang, W.Y., & Wang, G.L. (2019). Cancer-coping profile predicts long-term psychological functions and quality of life in cancer survivors. *Support Care Cancer.*, 27(3):933-941.
- Niedzwiedz, C.L., Knifton, L., Robb, K.A., Katikireddi, S.V., & Smith, D.J. (2019). Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMJ Cancer.*, 19(1):943.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DALLA SOFFERENZA AL SIGNIFICATO: INDAGINE SU RISORSE, EMOZIONI E SPIRITUALITÀ NELLA TRANSIZIONE DALLE CURE ATTIVE ALLE CURE PALLIATIVE

Letizia Lafuenti¹, Daniela Beella¹, Rebecca De Paola¹, Valentina Massaroni², Maria Adelaide Ricciotti¹, Eleonora Meloni¹, Sabrina Dispenza¹, Maria Beatrice Zazzara¹, Graziano Onder^{1,2}, Anna Fagotti^{1,2}, Giampaolo Tortora^{1,2}, Daniela Rosaria Chieffo^{1,2}

¹ Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS, Roma, Italia, ² Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia

SCOPO: Il presente studio si propone di valutare le dimensioni psicologiche coinvolte nella fase di transizione dai trattamenti attivi alle cure palliative, sia nei pazienti oncologici che nei loro caregiver. Questo passaggio, oltre a modificare il piano terapeutico, rappresenta un momento di profondo impatto emotivo, psicologico e relazionale.

L'obiettivo principale è comprendere meglio i fattori di protezione psicologica in questa delicata fase assistenziale. In particolare, si indaga il ruolo di resilienza, autoefficacia e Alessitimia nella percezione dei sintomi e nel benessere psicologico dei pazienti, così come l'influenza di tali variabili sulla qualità dell'assistenza e sulla capacità di auto-cura dei caregiver. È attualmente in corso un'estensione dello studio che mira a esplorare correlazioni tra questi aspetti e nuove aree di interesse, quali la demoralizzazione, la spiritualità e la speranza, le risorse individuali, la regolazione emotiva e i tratti di personalità.

METODO: Lo studio, di tipo osservazionale, è attualmente in corso, e coinvolge pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, candidati all'attivazione di un percorso specialistico di cure palliative, insieme ai loro caregiver. I criteri di inclusione comprendono maggiore età, capacità di intendere e volere, ed espressione di un consenso informato.

Al momento dell'arruolamento (T0), ogni partecipante viene sottoposto a una valutazione psicologica tramite strumenti validati: la General Self-Efficacy Scale (GSE), la Resilience Scale (RS-14) e la Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) per i pazienti; a questi si aggiunge, per i caregiver, il Caregiver Inventory (CGI). L'Integrated Palliative care Outcome Scale (IPOS) è utilizzato per valutare i sintomi psico-fisici del paziente. Il protocollo di ricerca, che ha già prodotto interessanti risultati, è attualmente in fase di ampliamento. Sono stati infatti introdotti – in seguito a recente Emendamento approvato dal Comitato Etico – nuovi strumenti per approfondire dimensioni psicologiche aggiuntive alle precedenti, utili a personalizzare ancora di più l'intervento psicologico con i pazienti ed i caregiver: la personalità (Ten Item Personality Inventory - TIPI), le strategie di coping (Mini-Mental Adjustment to Cancer - MINI-MAC), la rappresentazione soggettiva della malattia e delle relazioni (PRISM-D, Inclusion of Other in the Self Scale - IOS), il vissuto di demoralizzazione (Demoralization Scale - DS), la regolazione emotiva (Difficulties in Emotion Regulation Scale - DERS) e il benessere spirituale (FACIT-Sp). Inoltre, si valutano ansia, depressione e distress psicologico con la Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) e il Distress Thermometer (DT). L'introduzione di questi strumenti mira a esplorare possibili correlazioni con le variabili inizialmente rilevate, arricchendo la comprensione del vissuto psicologico in questa fase.

RISULTATI: Ad oggi sono stati arruolati 160 pazienti (età media 61,5 ± 12,76 anni) e 124 caregiver (età media 51,72 ± 11,82 anni). Il 37,4% dei pazienti è alla prima diagnosi oncologica, mentre il 62,6% presenta una recidiva. Il 50% dei caregiver sono figli dei pazienti, il 18,5% partner, i restanti altri familiari o amici stretti. Le analisi preliminari mostrano una significativa correlazione inversa tra resilienza (RS-14) e sintomi percepiti (IPOS), indicando che livelli più alti di resilienza sono associati a una minore percezione della sofferenza e a un migliore benessere complessivo. Inoltre, è stata rilevata una correlazione positiva tra resilienza e autoefficacia (RS-14 e GSE), suggerendo che la fiducia nelle proprie capacità si accompagna a una maggiore capacità di adattamento emotivo.

Per quanto riguarda i caregiver, l'autoefficacia risulta significativamente associata sia a livelli più elevati di resilienza, sia a una maggiore attenzione alla cura di sé e a una miglior gestione delle emozioni nel contesto assistenziale (CGI: $p < .01$).

La raccolta dati è ancora in corso, con particolare attenzione alla possibile interrelazione tra le variabili iniziali e le nuove aree attualmente in fase di indagine (demoralizzazione, spiritualità, risorse psicologiche, regolazione emotiva e personalità).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CONCLUSIONI: I risultati preliminari confermano il ruolo centrale delle risorse psicologiche nel modulare l'esperienza della malattia e del caregiving durante l'attivazione delle cure palliative. In particolare, resilienza e autoefficacia emergono come fattori protettivi in grado di influenzare positivamente la percezione dei sintomi, il benessere emotivo e la qualità della relazione di cura.

Promuovere queste risorse nei pazienti e nei caregiver potrebbe rappresentare una strategia d'intervento efficace per migliorare l'esperienza complessiva di cura. Alla luce di ciò, risulta cruciale integrare valutazioni psicologiche sistematiche e interventi mirati nei percorsi di cure palliative. Le analisi attualmente in corso sulle nuove dimensioni psicologiche (come spiritualità, regolazione emotiva, personalità e demoralizzazione) potranno contribuire ulteriormente a delineare un modello di presa in carico presa in carico centrata sulla persona e sul suo contesto relazionale.

BIBLIOGRAFIA: Callegari, C., Bertù, L., Lucano, M., Ielmini, M., Braggio, E., & Vender, S. (2016). Reliability and validity of the Italian version of the 14-item Resilience Scale. *Psychology Research and Behavior Management*, 9, 277.

Hasuo, H., Sakuma, H., & Fukunaga, M. (2020). Alexithymia in Family Caregivers of Advanced Cancer Patients Is Associated with High Personalized Pain Goal Scores: A Pilot Study. *Journal of palliative medicine*, 23(7), 930-936.

Luca, M., Giannini, M., Gori, A., Whelan, J. P., & Meyers, A. W. (2012). The Gambling Self-Efficacy Questionnaire (GSEQ): Psychometric properties of the Italian version. *Counseling: Giornale Italiano di Ricerche e Applicazioni*, 5(1), 89-99.

Serpentini, S., Guandalini, B., Tosin, G., Ronconi, L., Cristaldi, G., Amatulli, R. & Merluzzi, T. V. (2021). Assessment of self-efficacy for caregiving in oncology: Italian validation of the caregiver inventory (CGI-I). *BMC palliative care*, 20(1), 1-11.

Aron, A., Aron, E. N., & Smollan, D. (1992). Inclusion of Other in the Self Scale and the structure of interpersonal closeness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 596-612. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.63.4.596>

Grassi L, Buda P, Cavana L, et al.: Stili di affrontare il cancro: La versione italiana della regolazione Mini-Mentale al cancro (Mini-Mac) Scala. *Psico-oncologia* 2005, 14:115-124. [10.1002/pon.826](https://doi.org/10.1002/pon.826).

Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scand* 1983;67:361-370.

Chiorri, C., Bracco, F., Piccinno, T., Modafferi C., & Battini, V. (2014). Psychometric properties of a revised version of the Ten Item Personality Inventory. *European Journal of Psychological Assessment*, DOI: [10.1027/1015-5759/a000215](https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000215)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DELLE DIMENSIONI PSICOLOGICHE DEL PAZIENTE NELLA PERCEZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE DA PARTE DEL CAREGIVER: RISULTATI PRELIMINARI

Samuela Sommacal¹, Malih Shams¹, Eleonora Bergo¹, Alessandra Feltrin¹

¹Istituto Oncologico Veneto IOVIRCCS, Padova, Italia

SCOPO: L'osservazione clinica evidenzia un cambiamento culturale significativo: la tendenza crescente a esternalizzare la morte e il morire. Questo processo rende sempre più difficile, per familiari e caregiver, restare accanto alla persona morente durante i giorni di sofferenza e di attesa che precedono la morte, proprio quando la presenza umana diventa cruciale.

La tempestiva individuazione delle aree di fragilità e delle risorse del caregiver può costituire un passaggio fondamentale per promuovere una maggiore consapevolezza rispetto al proprio ruolo, ai propri limiti e alle proprie necessità. Si ipotizza che tale consapevolezza favorisca non solo una modulazione più efficace del carico assistenziale, ma anche una migliore sostenibilità del percorso di cura, sia in termini di qualità della relazione di assistenza, sia in termini di continuità e coerenza del supporto fornito.

L'obiettivo dello studio è promuovere una rilevazione il più possibile precoce dei bisogni del caregiver, in risposta all'evolversi della condizione clinica del paziente.

METODO: Lo studio prospettico e osservazionale include pazienti in fase avanzata di malattia e il caregiver principale. I criteri di inclusione comprendono pazienti con uno stadio di malattia metastatico/avanzato, di età superiore ai 18 anni, che accedono al ricovero in area omogenea di oncologia e/o chirurgia. Pazienti e familiari dovranno esprimere il consenso alla partecipazione allo studio e saranno eleggibili in assenza di compromissione cognitiva significativa.

Pazienti e caregiver saranno sottoposti a una valutazione effettuata utilizzando due strumenti psicometrici complementari, per esplorare la relazione tra il carico assistenziale percepito dal caregiver principale e lo stato psicologico del paziente in fase avanzata di malattia: il paziente sarà valutato attraverso la Symptom Checklist-90-R (SCL-90-R) e il caregiver mediante la Caregiver Reaction Assessment Instrument (CRAI).

Il protocollo prevede che, all'ingresso in reparto, tutti i pazienti eleggibili compilino lo SCL-90-R (T1), questionario che rileva il livello di disagio psicologico generale e i principali sintomi psicopatologici (somatizzazione, ansia, depressione, ostilità). Contestualmente, al caregiver principale viene somministrato il CRAI (T1), strumento che valuta l'impatto soggettivo dell'esperienza di cura, analizzando dimensioni quali l'autoefficacia, il supporto percepito, la salute, il carico emotivo ed economico.

Quando il paziente viene dichiarato -out of therapy- e inizia la fase terminale della malattia, il caregiver compila nuovamente il CRAI (T2), al fine di rilevare eventuali variazioni nella percezione del carico assistenziale e nell'esperienza emotiva complessiva.

Il disegno longitudinale, costruito in due tempi (T1 e T2), consente di osservare l'evoluzione della relazione paziente-caregiver lungo il percorso di cura, fornendo una base solida per la pianificazione di interventi psicologici e psicosociali mirati nell'ambito delle cure palliative.

L'obiettivo dello studio è correlare le dimensioni psicologiche del paziente con la percezione del carico assistenziale da parte del caregiver, al fine di comprenderne, e in che misura, il disagio del paziente incida sulla qualità dell'esperienza assistenziale vissuta dal caregiver. Questo approccio mira a offrire una lettura integrata del sistema paziente-caregiver, utile alla progettazione di interventi psicosociali personalizzati nel contesto delle cure palliative.

RISULTATI: La raccolta dei dati è attualmente in corso. Tuttavia, sulla base dell'esperienza clinica e della letteratura disponibile, ci si attende che, con l'avanzare della malattia oncologica e il conseguente aumento dei bisogni assistenziali del paziente, emerga un progressivo incremento del carico percepito dal caregiver principale, sia a livello emotivo che pratico.

In particolare, si ipotizza che, nella fase terminale della malattia — momento in cui il paziente viene definito -out of therapy-, il caregiver riferisca un maggiore livello di burden, soprattutto in relazione alla fatica emotiva, al senso di solitudine decisionale e al bisogno di supporto, anche laddove tali bisogni non vengano esplicitamente verbalizzati.

L'obiettivo è quindi verificare se, come suggerito dalla letteratura, vi sia una tendenza alla delega verso i servizi di cura, accompagnata da una diminuzione della percezione di autoefficacia, parallelamente a un incremento del disagio psicologico e della vulnerabilità emotiva del caregiver.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L' rilevazione dei dati in due tempi distinti (T1 e T2) consentirà di osservare e quantificare questa evoluzione, fornendo indicazioni utili per strutturare interventi tempestivi e personalizzati di sostegno psicosociale nel contesto delle cure palliative.

CONCLUSIONI: I dati preliminari verranno presentati al congresso SICP di novembre 2025.

BIBLIOGRAFIA:

Grov, E. K., Fosså, S. D., Tønnessen, A., & Dahl, A. A. (2006). The Caregiver Reaction Assessment: Psychometrics and temporal stability in primary caregivers of Norwegian cancer patients in the late palliative phase. *Psycho-Oncology*, 15(6), 517–527. <https://doi.org/10.1002/pon.987>;

Perpiñá-Galvañ, J., Orts-Beneito, N., Fernández-Alcántara, M., García-Sanjuán, S., García-Caro, M. P., & Cabañero-Martínez, M. J. (2019). Level of burden and health-related quality of life in caregivers of palliative care patients. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4806. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234806>;

Shefeek, S. K., Joy, T. M., Olickal, J. J., Nezin, M. A., George, A., & Thankappan, K. R. (2024). Caregiver burden and quality of life in palliative care: Cross-sectional study. *BMJ Supportive & Palliative Care*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1136/spcare-2024-005220>.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA REALTÀ DELL'HOSPICE: EDUCARE ALLE EMOZIONI E ALLE PROFESSIONI DI AIUTO

Alice Pietrelli ¹, Paola Biagiotti ¹, Loredana Boffa ², Daniela Cambioli ², Marco D'Errico ², Rita D'Urso ¹, Alessandra Di Giuseppe ², Claudia Ferri ², Corinna Garavelloni ², Massimo Giovanetti ²

¹Hospice Il Giardino del Duca AST1, Fossombrone, Italia, ²Istituto di Istruzione Superiore L. Donati I.P.S.S.A.S., Fossombrone, Italia

SCOPO: Il presente lavoro è il risultato di un arduo progetto realizzato dalle classi quarte dell'Istituto Professionale per la Sanità e l'Assistenza Sociale, in collaborazione con il personale dell'Hospice.

Il progetto scaturisce dal desiderio degli operatori della struttura di far conoscere tutto il territorio la realtà dell'Hospice nella sua interezza, non solo come il luogo in cui le persone vivono il momento del distacco dalla vita, ma attraverso le emozioni con centinaia di testimonianze scritte lasciate dai familiari dei degenti, dagli amici, dagli operatori e dai pazienti stessi nel corso degli anni, in un corposo quaderno.

Gli studenti, coordinati da alcuni docenti, dopo aver analizzato gli scritti, hanno avviato un lungo e faticoso percorso di riflessione cercando di comprendere quell'universo di emozioni, talvolta contrastanti, che pervadono l'animo umano nel momento in cui la malattia si insedia prepotentemente nel proprio corpo: rabbia, paura, attaccamento alla vita, senso di abbandono, amore.

METODO: Gli studenti sono stati accompagnati in questo lavoro attraverso la riflessione sulle emozioni, sia quelle difficili che quelle che danno gioia, intima soddisfazione, appagamento. Emozioni che non solo accompagnano la vita, ma hanno anche un forte impatto sulle competenze emotive delle professioni di aiuto.

L'intento è stato quello di promuovere, a scopo orientativo, una conoscenza a tutto tondo di alcune figure professionali, partendo dall'analisi della realtà territoriale dell'Hospice. Si è ritenuto opportuno studiare e approfondire gli aspetti umani e sociali della struttura, per unire l'approccio propriamente sanitario con il prendersi cura della persona nel suo insieme, ricostruendo, laddove possibile, un ambiente familiare.

RISULTATI: Il progetto ha quindi, indagato tutti i significati del termine Assistenza: medica, psicologica, sociale, affettiva, familiare, di ascolto. Nell'ambito della programmazione disciplinare delle materie di indirizzo di Igiene e Cultura Medica, Psicologia Generale e Legislazione Socio-Sanitaria, i ragazzi hanno approfondito la conoscenza delle problematiche fisiche e psicologiche che accompagnano la terminalità, focalizzando l'attenzione sulle Cure Palliative e sul Dolore, attraverso laboratori didattici su emozioni e sentimenti, riflessioni, confronto attivo, lettura argomentativa di testi letterari, filosofici e scientifici. Sono stati affrontati inoltre, gli aspetti normativi attraverso lo studio della Legge 38 del 2010.

CONCLUSIONI: Con la lettura di brani, poesie e testi di canzoni, gli studenti hanno espresso e condiviso riflessioni sul proprio concetto di gioia, felicità, serenità, amore e senso della vita, per comprendere che cosa rende davvero un'esistenza piena e degna di essere vissuta. Le preziose testimonianze dei degenti e del personale, accuratamente analizzate dagli studenti e dai docenti, sono state quindi selezionate e commentate liberamente dai ragazzi.

Il progetto della durata di due anni, iniziato con le classi quarte, ha promosso la conoscenza diretta delle figure professionali di aiuto in ambito socio-sanitario in ottica orientativa; ha permesso di riconoscere i bisogni e le problematiche delle persone che vengono prese in carico nell'Hospice e dei loro familiari; ha infine, promosso l'empatia, come un'abilità sociale strettamente connessa con l'intelligenza emotiva e che sta alla base delle relazioni interpersonali più equilibrate e gratificanti, sia a livello personale che professionale.

Il progetto, ha portato alla pubblicazione di un libro, attraverso la formazione di giovani all'idea di Hospice come luogo che apre alla speranza, ponendo al centro la dignità della persona e la sacralità della vita.

BIBLIOGRAFIA:

Attili, G. (2012). L'amore imperfetto. Perché i genitori non sono sempre come li vorremmo. Bologna: Il Mulino.

Demetrio, D. (1995). Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé. Milano: Raffaello Cortina.

Gentile, P., Santi, R. (2024). La scuola che cura. Esperienze didattiche e pratiche narrative nell'ospedale



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



pediatrico. Ancona: Affinità elettive.

Harris, R. (2024). La trappola della felicità. Trento: Erickson.

Hillman, J. (2000). La forza del carattere. Milano: Adelphi.

Holmes, J. (2017). La teoria dell'attaccamento (2nd ed.). Milano: Raffaello Cortina.

Mancini, G., Biolcati, R., & Crocetti, G. (Eds.). (2020). La mente emozionale. I contributi della psicologia clinica,

della pedagogia e dell'educazione. Canterano (RM): Aracne.

Nanetti, F. (2010). Empatia transpersonale. Bologna: Pendragon.

Quintana Arantes, A. C. (2022). La morte è un giorno che vale la pena di vivere. Milano: TEA.

Rizzardi, M. (2000). Argomenti di psicologia sociale ed evolutiva. Urbino: QuattroVenti.

Scabini, E., & Cigoli, V. (2000). Il familiare. Legami, simboli e transizioni. Milano: Raffaello Cortina.

Sedley, B. (2021). Robache dà fastidio. Roma: Giovanni Fioriti.

Verardo, A. R., Russo, R. (2006). Tu non ci sei più e io mi sento giù. Milano: Ass. EMDR.

SITOGRAFIA:

<https://www.stateofmind.it>

FILMOGRAFIA:

Coco, L. Unkrick (2017), Pixar Animation Studios e Walt Disney Pictures.

Inside out, P. Docter, R. del Carmen (2015) Pixar Animation Studios e Walt Disney Pictures.

Non è mai troppo tardi, R. Reiner (2007) Warner Bros.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DALLEMDR ALLA FLASH TECHNIQUE PER L'ELABORAZIONE DEL LUTTO: UNO STRUMENTO PER LO PSICOLOGO IN CURE PALLIATIVE

Chiara Poggio¹, Chiara Provasoli¹, Alessandro Ripicini¹, Martina Giachello¹, Carlotta Pavesi², Luca Cullia³, Annamaria De Caria⁴, Francesca Paragalli¹, Prisca Elgomi Basevi⁵, Ana Maria Zuniga Guerrero⁵, Annalisa Saetta⁵, Laura Velutti⁵

¹Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ²Servizi Assistenziali, area Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³CSAP Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁴Servizio Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁵UO di Oncologia Medica ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: L'elaborazione del lutto può incontrare ostacoli per ricordi disturbanti e intrusivi relativi a momenti particolarmente dolorosi del percorso di malattia, momenti che hanno causato emozioni intense (ansia, paura, senso di impotenza). Tali ricordi si possono presentare in modo ricorrente e riattivare le emozioni vissute. Questo può rallentare il processo di elaborazione del lutto. Ci sono diversi strumenti terapeutici utili nel processo di elaborazione di quei ricordi, in primo luogo l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) con il protocollo di elaborazione degli eventi recenti. Dall'EMDR prende spunto la Flash Technique, una procedura semplice ed efficace, poco intrusiva perché necessita di una evocazione breve della esperienza dolorosa, e che concorre alla elaborazione dell'esperienza traumatica con minore stress. Abbiamo valutato la fattibilità dell'uso della Flash Technique (FT) per l'elaborazione del lutto in caregivers di pazienti seguiti presso il Servizio di assistenza domiciliare per Cure Palliative del nostro Istituto, un ospedale posto in un'area metropolitana del nord Italia. La FT nasce dalla pratica di Philip Manfield, terapeuta EMDR. L'autore ha concepito questa tecnica come strategia per ridurre l'intensità emotiva del ricordo disturbante nella fase iniziale dell'EMDR. Le osservazioni successive indicavano che la riduzione del disturbo era significativa, che il ricordo veniva elaborato in maniera efficace, e che quindi questa tecnica poteva considerarsi autonoma. La FT si ispira alla Pendolazione di Peter Levine e alla Titolazione Abbinata di Krystyna Kinowski. La pendolazione è ciò che si suppone il sistema nervoso faccia passando da una attivazione del simpatico al parasimpatico e viceversa. Nella tecnica di Kinowski i soggetti si concentrano dapprima su un'immagine positiva (risorsa) per potersi sentire più a proprio agio e resilienti. Poi vengono guidati a "pendolare" tra il ricordo disturbante e la risorsa. Con l'idea di titolare i ricordi altamente disturbanti, avvicinandosi un po' alla volta al ricordo della esperienza traumatica. A partire da queste esperienze, Manfield sperimentò che brevi esposizioni ai ricordi disturbanti acceleravano la riduzione del disturbo. Per avvalorare il possibile meccanismo può essere citato anche Paul Siegel con gli studi sulla fobia, con la evidenza che l'esposizione subliminale o molto breve agli stimoli temuti è più efficace nel ridurre il disturbo rispetto a un'esposizione più prolungata. Le osservazioni indicano che il breve richiamo dell'esperienza disturbante, unita però al richiamare emozioni positive o neutre, porti il soggetto a sperimentare il cosiddetto "errore di previsione". Questa discrepanza farebbe sì che il ricordo possa consolidarsi nella memoria a lungo termine senza più l'intensità emotiva iniziale.

METODO: Abbiamo valutato la fattibilità della applicazione della FT a caregivers dei nostri pazienti seguiti dal nostro Servizio che presentavano necessità di sostegno al lutto. Nel periodo gen-2024 – mar-2025 abbiamo seguito 140 pazienti a domicilio. Abbiamo erogato 79 colloqui a 31 nuclei paziente/caregivers. Inoltre abbiamo seguito con colloqui psicologici di sostegno al lutto 15 caregivers, erogando loro 52 colloqui. Tra questi caregivers abbiamo identificato 5 persone che presentavano ricordi particolarmente stressanti legati alla esperienza traumatica vissuta. Abbiamo proposto loro la FT come tecnica adiuvante per l'elaborazione del ricordo offrendo un percorso di 4 sedute, settimanali o quindicinali. Le sedute si sono svolte presso un ambulatorio del nostro Istituto.

Le fasi della conduzione delle sedute sono:

- Si chiede al soggetto di scegliere un'esperienza positiva (FEP, Focus Emozionale Positivo), un tema che susciti emozioni positive. Possono andare bene anche argomenti emotivamente neutri.
- Si individua il grado iniziale di intensità del disturbo, con la valutazione del SUD, Subjective Units of Distress Scale, tool per la valutazione dell'intensità del disturbo, con una scala da 1 a 10, (0 significa nessun disagio, 10 massimo disagio).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- Si inizia la stimolazione tattile bilaterale facendo eseguire al soggetto il tapping (colpetti ritmici) sulle proprie cosce sul braccio con la mano controlaterale incrociando gli arti superiori (abbraccio della farfalla).
- Si inizia a parlare del FEP, il terapeuta fa domande per approfondire. Nei momenti in cui il soggetto è più ingaggiato emotivamente lo si invita a fare tre blink veloci (apri/chiudi) degli occhi (flash), e poi si riprende il racconto.
- Dopo 5 triplette di flash consecutivi si chiede al soggetto di sfiorare il ricordo e notare se c'è qualcosa di diverso.
- Si procede così fino a tolleranza o a riduzione significativa della intensità del disturbo.
- Le sedute durano circa 60 minuti.

RISULTATI: Abbiamo utilizzato la FT in 5 soggetti, caregivers dei nostri pazienti, per il supporto al lutto. Sono state effettuate 4 sedute per soggetto per un totale di 20 sedute. La FT è risultata uno strumento gradito ai soggetti e compressivamente poco stressante. La tecnica è risultata poco stressante anche per il terapeuta. Alla fine dell'elaborazione i soggetti hanno riportato osservazioni di questo tipo: "il ricordo ora è lontano, sfocato", "vedo il ricordo lontano, io sono fuori dalla scena", "il ricordo non fa più male, capisco di aver fatto tutto il possibile". Il SUD rilevato all'inizio ed alla fine del trattamento è stato:

- Soggetto 1: SUD da 10 a 2.
- Soggetto 2: SUD da 8 a 0.
- Soggetto 3: SUD da 10 a 1.
- Soggetto 4: SUD da 8 a 0.
- Soggetto 5: SUD da 9 a 0.

CONCLUSIONI: La FT, pur riducendo in modo sostanziale il disturbo, può non elaborare in modo completo i ricordi, in particolar modo se c'è un ricordo generatore (legato a traumi nella età evolutiva) sottostante. Inoltre la FT non entra nel merito delle cognizioni negative (comportamenti disfunzionali e credenze negative consolidate) preesistenti collegate alla storia di vita del soggetto. Tuttavia, risulta essere uno strumento utile ed efficace in un contesto in cui si può offrire un numero limitato di sedute. Nella nostra esperienza l'introduzione della FT per la elaborazione dei ricordi disturbanti legati ad un recente vissuto di lutto è risultata fattibile e i dati iniziali incoraggianti. Tutti e 5 i caregivers trattati hanno avuto una netta riduzione del SUD score.

BIBLIOGRAFIA:

- Amabili M., Di Domenico A., La Flash Technique, Giovanni Fioriti Editore, 2024, Roma
- Ecker B., Ticic R., Hulley L., 2012, Sbloccare il cervello emotivo. Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il consolidamento della memoria, FrancoAngeli, Milano



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



USO DEGLI ALBI ILLUSTRATI NELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO DI UNA BAMBINA DI 5 ANNI PER LA PERDITA DEL FRATELLO

Chiara Rutigliano¹, Manuela Benedetto², Annamaria Pascazio², Roberta Koronica³, Alessandra Provenzano²

¹ APLETIETSONcoematologia Pediatrica, Bari, Italia, ² ANT, Bari, Italia, ³ UOCOncoematologia Pediatrica Policlinico, Bari, Italia

SCOPO: La morte di un fratello rappresenta per un bambino un evento traumatico, tanto più se vissuto all'interno di un lungo e complesso percorso di malattia. Il presente contributo riporta l'esperienza di sostegno psicologico ed emotivo a Giada, bambina di 5 anni, che ha vissuto la malattia e la morte del fratello maggiore, Francesco, a causa di un tumore. L'obiettivo principale è stato quello di aiutarla a riconoscere, esprimere ed elaborare le emozioni legate alla perdita, creando uno spazio sicuro per il suo dolore. Il lavoro si è concentrato su: sostenere Giada nel riconoscere e affrontare il lutto; favorire l'elaborazione del lutto attraverso l'utilizzo di albi illustrati; rafforzare la relazione madre-figlia, affinché entrambe potessero affrontare insieme il dolore della perdita; promuovere la consapevolezza emotiva di Giada, stimolando la sua capacità di esprimere i propri sentimenti.

METODO: Gli albi illustrati sono stati adoperati quali strumenti efficaci e simbolici di apertura nel mondo emotivo di Giada. Gli incontri presso il domicilio della bambina si sono svolti da novembre a maggio per un totale di 10 sedute. Ogni incontro si è concentrato su un obiettivo specifico. Gli albi illustrati hanno tracciato un percorso che ha permesso di esplorare aspetti diversi, traducendo in un'attività pratica, ludico simbolica, il tema della morte e del lutto del proprio fratello. In ogni incontro è stato letto e approfondito insieme un albo, accuratamente scelto in base agli aspetti che si volevano approfondire, permettendo a Giada di dare voce ai propri sentimenti attraverso di essi.

Le attività si sono focalizzate sull'espressione delle emozioni più impegnative da gestire, come la tristezza, la rabbia e la paura. Giada ha imparato a riconoscere queste emozioni in sé stessa, sia nel contesto familiare che nelle interazioni con gli altri. La madre di Giada ha partecipato attivamente al percorso, facilitando l'elaborazione del lutto familiare e condividendo i suoi vissuti. Questo ha avuto l'effetto di rafforzare il supporto emotivo reciproco tra madre e figlia.

RISULTATI: Il percorso ha portato a risultati significativi in diverse aree:

Maturazione emotiva di Giada: La bambina ha iniziato a riconoscere e verbalizzare le sue emozioni, affrontando la tristezza per la morte del fratello. Ha mostrato segni di miglioramento nel gestire il dolore, esprimendo i suoi pensieri attraverso disegni.

Elaborazione del lutto: Giada ha progressivamente esplorato il tema della morte del fratello in modo simbolico, attraverso il gioco e i racconti. Sebbene inizialmente avesse difficoltà a ricordare Francesco come era prima della malattia, ha iniziato a creare ricordi di lui che non fossero legati solo alla sua sofferenza.

Miglioramento della relazione madre-figlia: la mamma ha supportato attivamente Giada nel processo di elaborazione del lutto, riuscendo a comprendere meglio le emozioni della figlia. Le attività condivise hanno rafforzato il legame emotivo tra le due.

Rispetto delle difficoltà familiari: Sebbene il padre di Giada fosse parzialmente assente durante il percorso, si è notato che la presenza della mamma ha avuto un ruolo centrale nell'aiutare la bambina a sentirsi protetta e sostenuta emotivamente.

CONCLUSIONI: Il percorso psicoterapeutico ha avuto un impatto positivo sulla crescita emotiva di Giada e sulla sua capacità di affrontare il lutto. Il metodo, che ha incluso attività simboliche quali gli albi illustrati, si è rivelato efficace nell'aiutare Giada a comprendere e ad esprimere le sue emozioni legate alla morte del fratello. Inoltre, la partecipazione attiva della madre ha contribuito a rafforzare il legame familiare e a promuovere una maggiore consapevolezza emotiva in entrambe.

Giada ha mostrato progressi significativi nell'affrontare la morte del fratello e nella gestione del dolore. Il percorso ha permesso di avviare un processo di elaborazione del lutto che ha portato a una maggiore serenità emotiva del nucleo familiare. Il lavoro svolto ha anche messo in luce la centralità della madre come figura di supporto, in grado di aiutare Giada ad affrontare il lutto in modo protetto e sicuro. L'intervento ha ribadito come il sostegno psicoterapeutico, unito alla partecipazione familiare, possa essere un mezzo



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



efficace per aiutare i bambini a superare esperienze traumatiche e complesse come la morte di un fratello, promuovendo il loro sviluppo emotivo e sociale.

BIBLIOGRAFIA: Jenholt Nolbris M, Enskär K, Hellström AL. Grief related to the experience of being the sibling of a child with cancer. *Cancer Nurs.* 2014 Sep-Oct;37(5):E1-7. doi: 10.1097/NOC.0b013e3182a3e585. PMID:24145249.

Rosenberg AR, Postier A, Osenga K, Kreidberg U, Neville B, Dussel V, Wolfe J. Long-term psychosocial outcomes among bereaved siblings of children with cancer. *J Pain Symptom Manage.* 2015 Jan;49(1):55-65. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.05.006. Epub 2014 May 28. PMID:24880001; PMCID:PMC4280260.

Greenwald N, Barrera M, Neville A, Hancock K. Feasibility of group intervention for bereaved siblings after pediatric cancer death. *J Psychosoc Oncol.* 2017 Mar-Apr;35(2):220-238. doi: 10.1080/07347332.2016.1252823. Epub 2016 Oct 27. PMID:27786614.

Wawrzynski SE, Schaefer MR, Schvaneveldt N, Alderfer MA. Social support and siblings of children with cancer: A scoping review. *Psychooncology.* 2021 Aug;30(8):1232-1245. doi: 10.1002/pon.5689. Epub 2021 Apr 13. PMID:33851490; PMCID:PMC8363579.

Gerhardt CA, Lehmann V, Long KA, Alderfer MA. Supporting Siblings as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatr Blood Cancer.* 2015 Dec;62 Suppl 5:S750-804. doi: 10.1002/pbc.25821. PMID:26700924.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LE TIPOLOGIE DI LUTTO IN CURE PALLIATIVE: IL LAVORO DELLO PSICOLOGO.

Chiara Rimoldi¹, Giorgia Vacchini¹, Katia Mangiarotti¹, Clarissa Florian¹, Luca Moroni¹

¹Hospice di Abbiategrasso, Abbiategrasso, Italia

SCOPO: Lo scopo del presente lavoro è quello di quantificare e qualificare il lavoro che lo psicologo dell'equipe di cure palliative svolge nel tempo del lutto, attraverso la costruzione di un database ad hoc finalizzato a delineare una classificazione delle diverse tipologie di lutto, cui corrispondono differenti obiettivi, tempistiche ed esiti attesi.

Lo psicologo è un membro dell'equipe all'interno dei servizi di cure palliative e opera sia nel tempo dell'assistenza sia nel tempo post-mortem, svolgendo colloqui clinici con i familiari finalizzati ad un intervento di psicoterapia per l'elaborazione del lutto. Diversi realtà operano in modo differente non sempre garantendo la possibilità della prosecuzione o dell'avvio dei colloqui psicologici dopo il decesso del paziente. In letteratura è noto che, nella maggioranza dei casi, si incontra un lutto definito fisiologico, nel quale il dolore della perdita è integrato nel soffrire della vita così che le persone riescono a raggiungere un buon adattamento. Ci sono però situazioni nelle quali il caregiver, successivamente alla morte della persona cara, può sperimentare emozioni negative di elevata intensità, persistenza e pervasività tali da provocare un disagio psicologico clinicamente significativo.

METODO: È stato costruito un database ad hoc per poter analizzare la specificità dell'intervento dello psicologo con il familiare che esprime il bisogno di un intervento di psicoterapia nel tempo del lutto. Successivamente, è stata svolta un'analisi quantitativa dei dati raccolti a partire da gennaio 2022 fino alla fine di agosto 2024.

RISULTATI:

- Il campione è rappresentato da 123 persone seguite nel percorso psicoterapeutico per l'elaborazione del lutto.
- Di questi, il 71% sono donne e il 54% ha un'età compresa tra i 46 e i 60 anni. Relativamente al grado di parentela, si osserva una prevalenza di figli seguiti in numero dai coniugi. Il setting prevalente è quello dei familiari di pazienti assistiti al domicilio (67%).
- L'86% delle persone seguite nel tempo del lutto, sono state segnalate dall'equipe durante l'assistenza: le motivazioni principali sono relative principalmente all'elevata o preoccupante fragilità o sofferenza emotiva e a difficoltà in merito al processo di consapevolezza e accettazione. Nonostante le segnalazioni precoci da parte dell'equipe, il 41% delle persone non ha svolto colloqui psicologici nel tempo dell'assistenza, probabilmente a causa del precoce decesso del paziente e, quindi, della breve durata dell'assistenza.
- Un obiettivo dello studio è stato quello di delineare una classificazione delle diverse tipologie di lutto, cui corrispondono differenti obiettivi, tempistiche ed esiti attesi. Per la classificazione fenomenologica delle tipologie di lutto è stato utilizzato come modello quello proposto dal Gruppo Geode che differenzia lutto normale, o fisiologico, critico e patologico. Il presente studio conferma quanto già noto in letteratura, cioè la maggiore prevalenza di lutto fisiologico, nello specifico per il 70% del campione, e una minima percentuale di lutto patologico, corrispondente al 6%.
- Il 69% dei percorsi di supporto psicologico nell'elaborazione del lutto hanno avuto come esito una chiusura; il 13% delle persone sono stati inviati a colleghi sul territorio; mentre il 18% dei percorsi sono stati interrotti dalla persona.
- Valutando la correlazione tra tipologia di lutto ed esito, si osserva come la grande maggioranza dei percorsi in casi di situazioni di lutto fisiologico hanno avuto come esito una chiusura. Nel lutto patologico prevalgono gli invii sul territorio. Mentre nei casi di lutto critico non si osserva un esito prevalente ma si rileva un alto numero di interruzioni.

Non emergono differenze significative nelle tipologie di lutto in base agli altri fattori considerati, cioè genere, età, grado di parente e setting di assistenza.

- Infine, analizzando il numero di colloqui effettuati in relazione alla tipologia di lutto, si osserva come nell'84% dei casi di lutto fisiologico il percorso si concluda in quattro colloqui.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

CONCLUSIONI: Il lavoro dello psicologo in cure palliative non si esaurisce nel tempo dell'assistenza ma spesso continua nel tempo post-mortem, finalizzato ad un intervento di psicoterapia nell'elaborazione del lutto. I dati raccolti confermano quanto evidenziato in letteratura rispetto alla maggioranza dei casi di lutto fisiologico. Inoltre, la raccolta dei dati ha permesso di identificare come l'intervento dello psicologo sia specifico in base al tipo di categoria di lutto. La proposta di percorsi psicologici per l'elaborazione del lutto di quattro colloqui può quindi essere considerata proporzionata al bisogno.

BIBLIOGRAFIA: Un modello di lavoro integrato in cure palliative. Gruppo Geode. 2017

Psicologi in cure palliative. SICP. 2020



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP Società
Italiana
Cure
Palliative

LA PERSONA È LA SUA FAMIGLIA, SOSTEGNO PSICOLOGICO AL DOMICILIO DELLA FAMIGLIA CON LUTTO COMPLESSO

Maria Assunta Mauro¹

¹SAMOT, Palermo, Italia

SCOPO: Il tempo del lutto può essere per una famiglia un periodo di rifondazione della propria casa. La casa senza una sua colonna. Gli oggetti, che hanno rappresentato, rappresentano e rappresenteranno la relazione con la persona che non c'è più, dovranno restare, per un tempo immaginato eterno, immobili e animati da un vuoto affettivo non redimibile. Quello stesso vuoto che resta a sancire il legame con chi è andato via abbandonando qualcun altro che non è, forse perché non è mai stato, bastevole a sé stesso e che, nell'estremo tentativo di negare il processo di separazione in corso, accompagna la persona che è morta fino al proprio aldilà. La Casa, la Colonna, Gli Oggetti e la Relazione, il Tempo e l'Eterno, l'Andare via e il Restare per sempre, il Sé bastevole e la Separazione, la Quotidianità e l'Aldilà. Queste alcune delle parole/immagini che rappresentano il dolore da lutto e che restano a narrare una storia che non vuole più ricordare il desiderio di costruire un senso che dia alla morte, così come alla vita, la sua ragion d'essere. Se la casa è il luogo in cui la famiglia ha vissuto con e dovrà apprendere a vivere senza, se la casa è, è stata e sarà il contesto in cui sono state vissute le cure palliative, la casa è il setting privilegiato per l'elaborazione del lutto. L'ipotesi di intervento psicoterapeutico, che parte dalla considerazione che la persona malata è la sua famiglia perché vive la vita e la morte secondo l'epistemologia familiare di riferimento, immagina la casa come lo spazio dove inscenare il percorso evolutivo della famiglia che riprende il suo passo dopo aver incluso nella sua storia passata, presente e futura la malattia e la morte di un proprio membro.

METODO: il servizio di psicoterapia familiare per l'elaborazione del lutto a casa della famiglia del paziente deceduto, utilizzerà tecniche analogiche e quelle espressive quali la Fototerapia, lo Storytelling e le tecniche di Drammaterapia e di Teatro Creativo senza rinunciare alla condivisione verbale dei vissuti.

RISULTATI: La costruzione di una narrazione in cui si dà senso e significato a quell'evento della storia familiare che non può essere compreso con le stesse modalità relazionali utilizzate nei riti di passaggio tipici di una storia familiare.

L'apprendimento di modalità relazionali che possano regolare le interazioni inter familiari e extrafamiliari.

La prevenzione del lutto patologico nelle famiglie ad alto rischio di disgregazione.

La co-costruzione di un contesto familiare incentrato sulla mutualità e interdipendenza per disinnescare i non detti e favorire la separazione condivisa e l'espressione dei sentimenti relativi alla propria esperienza di malattia e di morte.

Il miglioramento della qualità di vita delle famiglie che si trovano in una condizione di lutto complesso.

CONCLUSIONI: Nel tentativo di formulare delle conclusioni si resta fermi sull'ipotesi di lavoro sopra descritta rimarcando l'esperienza che l'Autrice ha con i gruppi di supporto al lutto.

La necessità che la famiglia sia interamente coinvolta nel processo di elaborazione dell'esperienza di malattia e di morte del proprio caro, scatuisce, infatti, dalle storie raccolte nell'arco di quindi anni di attività nel campo e in cui sembra essere pericolosamente assente quel filo di continuità tra il tempo della cura e quello relativo al lutto che potrebbe, invece, fare da volano alla consapevolezza della propria intera esistenza e dell'esistenza di chi prosegue il proprio percorso di vita in nostra assenza.

BIBLIOGRAFIA:

T. Cancrini Un tempo per il dolore

F. Bruni I metodi analogici

M. Recalcati La luce delle stelle morte

S. Petruzzella Mettersi in scena Drammaterapia, creatività e intersoggettività



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL DOLORE CHE CURA QUANDO LA SCUOLA INCONTRA IL LUTTO; UN PROGETTO DI DEATH EDUCATION IN RETE CON LE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE

Antonio Esposito¹, Giovanna Lupis¹, Giorgia D'Alonzo¹, Antonio Iadella¹

¹SOC.COOPAD CURAM, Bari, Italia

SCOPO: Il progetto è nato dalla richiesta giunta alla nostra équipe da parte di una comunità scolastica della provincia barese, che si è mobilitata per ottenere supporto, al fine di fronteggiare l'emergenza di un lutto improvviso; gli educatori ed i docenti hanno espresso essenzialmente tre bisogni, il primo era quello di comunicare la bad news al gruppo classe ed in particolare ad un amichetto del bimbo deceduto, anch'esso malato oncematologico seppure in fase di remissione. Il secondo bisogno era quello di supportare la classe nell'emergenza e nella elaborazione del lutto. Il terzo dei bisogni espressi era di sostenere il corpo docente (le maestre apparivano molto provate e poco in sintonia rispetto alla gestione emotiva dei ragazzi) ed eventualmente i genitori che ne avessero fatto richiesta.



METODO: Abbiamo deciso di rispondere ai bisogni espressi dalla comunità scolastica inviando nell'immediato a scuola una psicologa palliativista pediatrica, una psicoterapeuta e l'assistente spirituale specialista in CPP. La psicologa si è occupata di comunicare al bambino del decesso del suo amichetto, contenendo e validando tutte le emozioni che si palesavano in quel momento.

In seguito in accordo con il corpo docente l'équipe ha comunicato alla classe la morte del piccolo compagno, proponendo loro un lavoro di illustrazione e narrazione; i bambini hanno scritto lettere e creato disegni per il loro piccolo amico, e hanno creato 'il banco di A.', sistemandolo al centro dell'aula. Sono state dedicate poi due ore all'ascolto ed al sostegno delle docenti e delle educatrici.

Abbiamo immaginato quindi di strutturare un percorso di elaborazione che prevedesse ulteriori accessi nelle successive settimane, e proposto alle maestre il lavoro del 'racconta come stai', i bambini avrebbero dovuto nei giorni successivi scrivere su un biglietto le loro emozioni e qualsiasi cosa desiderassero far conoscere di sé in modo anonimo in busta chiusa.

Siamo tornati dunque in classe per un incontro con i bambini, nel quale abbiamo lavorato per lateralizzare il banco di A. conservando il suo spazio come vuoto fertile, come contenitore di emozioni e racconti. Durante la stessa giornata abbiamo dedicato due ore alle docenti sostenendo l'elaborazione del lutto anche



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



attraverso l'utilizzo di un albo illustrato, che ha fatto da facilitatore nei processi comunicativi e narrativi dell'esperienza.

L'ultimo accesso a scuola è stato in occasione della piantumazione in giardino dell'albero di A., i bambini sono stati capaci di spostare, grazie all'intervento ed al supporto fornito, il dolore della perdita dal banco all'albero; un locus di crescita e rinascita, qualcosa di vivo di cui potersi prendere cura nel ricordo del proprio compagno.

RISULTATI: L'aderenza al percorso proposto è stata pressoché totale. Abbiamo raccolto anche il bisogno di partecipazione agli incontri di una maestra che non ha mai conosciuto il piccolo alunno defunto e che afferiva ad un'altra sezione, che sentiva la necessità di essere sostenuta nella sua elaborazione.

Il coinvolgimento emotivo dei bambini è stato intenso, e si sono impegnati tutti attivamente nella co-costruzione della progettualità di piantumazione dell'albero e nella organizzazione del rito di commiato che avevamo proposto loro, animando il momento con letture, poesie e canti. Per desiderio del gruppo classe alla cerimonia erano presenti anche i genitori del piccolo A., e certamente questo momento sarà stato significativo anche per loro ai fini di una fisiologica elaborazione del lutto.

Le docenti hanno accolto di buon grado alcune suggestioni ed alcuni suggerimenti rispetto alla necessità di non nascondere le proprie emozioni ai bambini, e soprattutto hanno deciso di riproporre anche successivamente il lavoro narrativo del 'racconta come stai', ritenendolo uno strumento semplice e maneggevole per saggiare il clima di classe e le relazioni.

Abbiamo inoltre segnalato alle docenti alcuni aspetti emersi proprio dal contenuto di tre bigliettini, alcuni dei ragazzini infatti hanno espresso un malessere che seppur rinfocolato dagli eventi acuti luttuosi, certamente poteva riconoscere radici più lontane e come tale andava attenzionato.

Lavorare sul lutto e con la death education significa lavorare con le emozioni, accompagnando ragazzi ed adulti alla scoperta della bellezza delle complessità e della vita.

CONCLUSIONI: Un evento drammatico come la morte di un compagno di classe può divenire strumento di conoscenza, riflessione e cura, quando si lavora in rete; specialisti in cure palliative pediatriche, docenti ed educatori possono in sinergia strutturare efficaci percorsi di elaborazione del lutto, ma anche di death education ed educazione emotiva. I bambini sembrano non conoscere più l'evento morte, sempre più espulso dal comune orizzonte cognitivo, valoriale ed emozionale; manca l'esperienza di normalità legata al morire, e tutto questo produce rimozione dei vissuti emotivi che sono legati intrinsecamente all'angoscia della morte stessa; è comune quindi che sentimenti come la rabbia, il dolore, la paura, vengano spostati, eliminati e inibiti. I bambini possono essere così incapaci di riconoscere, o nominare, o mettere in circolo in modo fisiologico le emozioni. Riteniamo che solo passando attraverso il potente strumento della death education si possano educare le nuove generazioni al senso del limite, alla conoscenza della bellezza del vivere e ad imparare a modulare le proprie emozioni ed i passaggi di stato fra il prima ed il dopo una bad news. Appare altresì indispensabile che gli educatori e gli adulti di riferimento si impadroniscano di una adeguata death competence, e a tal fine occorrerebbe che progetti di death education rivolti agli adulti diventassero pervasivi all'interno dei luoghi di cura ed istruzione.

BIBLIOGRAFIA: È tempo di andare, Kim Sena, ed Orecchio Acerbo 2023

Psicologia palliativa, Ines Testoni, Bollati Boringhieri 2020

Death understanding and fear of death in young children, Slaughter, Griffiths, M. Clin Child Psychol. Psychiatry oct 2007

Death Competence: a ethical imperative, Gamino, Louis and Jr, R 2012 Death Studies



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PRESENZA E TRASFORMAZIONE: IL VALORE TERAPEUTICO DELL'ACCOMPAGNAMENTO NEI GRUPPI DI AUTO-MUTUO-AIUTO PER FAMILIARI IN LUTTO

Laura Ceppi¹, Paola Mega¹, Chiara Mazzetti¹

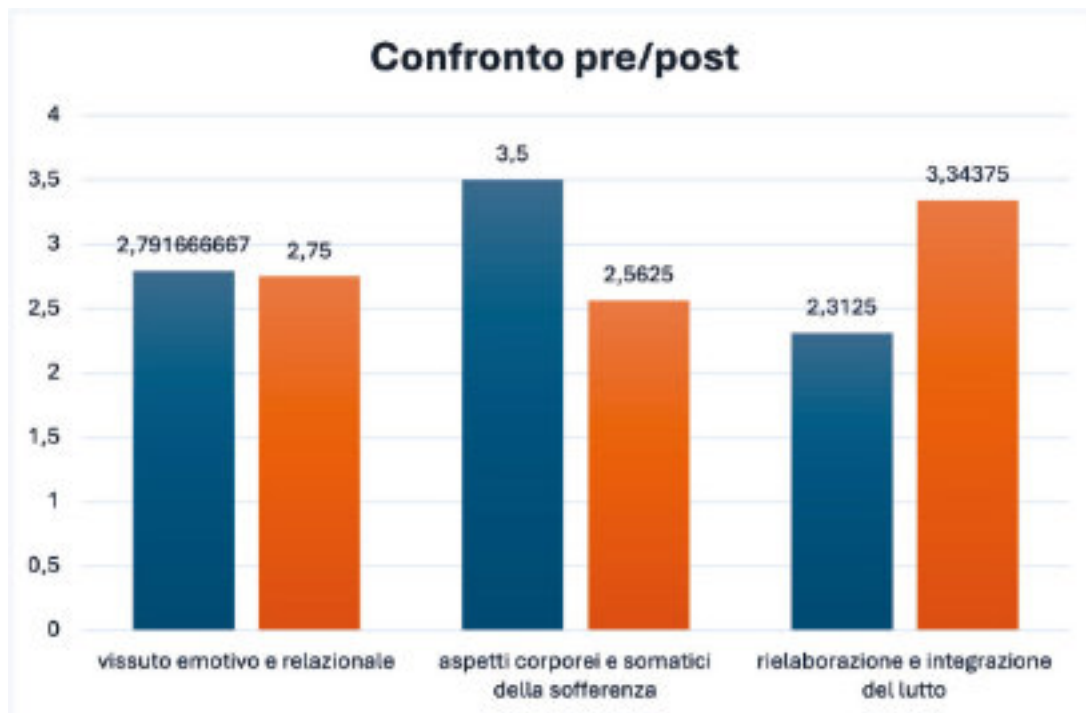
¹La Provvidenza Onlus, Busto Arsizio, Italia

SCOPO: Il processo di accompagnamento nel contesto della terminalità rappresenta un fenomeno antropologico di fondamentale rilevanza caratterizzato da reciprocità relazionale. Tale processo si configura come un'interazione multidimensionale che coinvolge aspetti fisici, cognitivi ed emotivi. Nel contesto dell'hospice, l'accompagnamento si traduce in una modalità di presenza consapevole che assume configurazioni differenziate in base all'attore che lo esercita. Per il personale sanitario, implica un'esposizione quotidiana all'alterità vulnerabile, supportandone la sofferenza attraverso modalità che trascendono talvolta la comunicazione verbale. Per il nucleo familiare, la duplice esperienza di essere accompagnato e di accompagnare costituisce un'esperienza di liminalità che coinvolge la corporeità del legame affettivo e il processo anticipatorio di elaborazione della perdita. L'accompagnamento si caratterizza pertanto come processo bidirezionale con potenziale trasformativo sia per il soggetto agente che per il destinatario. Rappresenta un'alleanza tacita che permea le dimensioni corporee, relazionali e temporali, costituendo il substrato significativo dell'assistenza in hospice.

Il presente contributo si propone di analizzare e valorizzare la valenza dell'accompagnamento nel processo di elaborazione luttuosa dei familiari che aderiscono volontariamente ai gruppi di Auto-Mutuo-Aiuto (AMA).

Nello specifico, gli obiettivi sono:

- Predisporre per i familiari uno spazio condiviso finalizzato all'elaborazione del lutto, fondato sul principio della reciprocità supportiva e della risonanza esperienziale;
- Promuovere un paradigma assistenziale che riconosca la valenza trasformativa dell'accompagnamento bidirezionale nel contesto della terminalità.



METODO: Sono stati implementati incontri con cadenza mensile di auto-mutuo-aiuto destinati ai familiari in lutto, coordinati da un facilitatore con competenze anatomo-fisiologiche e di elaborazione narrativa. L'approccio metodologico è stato incentrato sull'ascolto attivo, sul rispetto delle tempistiche individuali di elaborazione e sulla valorizzazione dell'espressione altrui quale elemento di rispecchiamento e sostegno. È stato inoltre predisposto uno spazio per l'integrazione dell'esperienza somatica del dolore (manifestazioni non verbali, emotive e di assenza) in un contesto legittimante e accogliente.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



La raccolta dati è avvenuta mediante somministrazione di questionari all'avvio degli incontri e dopo un semestre. Gli strumenti di rilevazione indagavano tre dimensioni principali:

- Vissuto emotivo e relazionale (6 item)
- Aspetti corporei e somatici della sofferenza (4 item)
- Rielaborazione e integrazione del lutto (4 item)

Sono state inoltre inserite domande aperte facoltative, somministrate esclusivamente dopo la partecipazione ai sei incontri programmati, relative alle motivazioni di partecipazione e all'impatto percepito dell'esperienza.

RISULTATI: È stata condotta un'analisi preliminare comparativa delle medie relative agli item costituenti le diverse dimensioni indagate. Sono stati inoltre identificati i nuclei tematici predominanti emersi dalle risposte alle domande aperte facoltative. Dai confronti emerge un miglioramento della dimensioni indagate gli aspetti corporei e somatici della sofferenza e della rielaborazione e integrazione del lutto.

CONCLUSIONI: I dati preliminari, raccolti tramite questionari pre e post, hanno esplorato tre dimensioni. L'analisi comparativa delle medie offre spunti significativi supportati dalla letteratura scientifica sul lutto. Per quanto riguarda la dimensione del vissuto emotivo e relazionale, la media pre/post è cambiata in modo minimo (da 2,79 a 2,75). Questo dato preliminare potrebbe suggerire che l'intensità o la frequenza complessiva delle emozioni legate al lutto e le dinamiche relazionali immediate non subiscano una variazione drastica nel periodo di studio (sei mesi). Questo riscontro è in linea con quanto osservato da Stroebe e Schut (2010) i quali evidenziano come le oscillazioni emotive siano parte integrante del processo di elaborazione e possono mantenersi relativamente stabili anche in presenza di cambiamenti positivi in altre dimensioni dell'esperienza luttuosa.

Per quanto riguarda la dimensione degli aspetti corporei e somatici della sofferenza, si osserva una diminuzione della media (da 3,5 a 2,56). Questo è un risultato preliminare in linea con la letteratura scientifica che ha documentato come il dolore emotivo del lutto si manifesti frequentemente con sintomi fisici, includendo stanchezza cronica, disturbi del sonno, compromissione del sistema immunitario e disturbi cardiovascolari (Buckley et al., 2012).

La metodologia che ha dato spazio esplicitamente all'integrazione dell'esperienza somatica del dolore potrebbe aver contribuito a questa diminuzione.

Per quanto riguarda la dimensione della rielaborazione e integrazione del lutto, emerge un aumento della media (da 2,31 a 3,34) rappresentando il dato più direttamente correlato all'obiettivo primario dello studio: facilitare il processo di elaborazione del lutto. Neimeyer (2019) ha sottolineato l'importanza della ricostruzione di significato dopo una perdita, concetto che si allinea con l'aumento osservato nella capacità dei partecipanti di attribuire un significato diverso al loro dolore.

Le conclusioni qualitative preliminari, derivanti dalle risposte aperte, aggiungono contesto a questi risultati quantitativi. I temi emersi illuminano come l'AMA faciliti i cambiamenti osservati:

- L'ascolto e la condivisione di esperienze simili creano quella risonanza esperienziale che rompe l'isolamento tipico del lutto e rende il dolore più comprensibile e gestibile.
- La possibilità di inserire il dolore in una narrazione personale e di normalizzare il lutto sono elementi chiave del processo di rielaborazione e integrazione. Neimeyer et al. (2014) hanno sviluppato un approccio basato sulla ricostruzione narrativa, dimostrando come la capacità di integrare la perdita in una narrazione coerente della propria vita sia fondamentale per l'elaborazione del lutto.
- Il vivere come giusti i momenti di tristezza, anche a distanza, indica un'accettazione delle diverse sfaccettature del lutto nel tempo.

L'implementazione dei gruppi AMA per familiari in lutto, pertanto, promuove il paradigma che vede l'accompagnamento come un processo non unidirezionale (uno che aiuta, uno che è aiutato), ma come un'interazione reciproca, dove la condivisione e il supporto reciproco generano trasformazione. Nell'AMA, i familiari sono contemporaneamente soggetti che ricevono supporto, accompagnati dal gruppo, dal facilitatore e dalle esperienze altrui, e soggetti che offrono supporto, come agenti che accompagnano gli altri condividendo la propria esperienza e ascoltando.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA: Buckley, T., Sunari, D., Marshall, A., Bartrop, R., McKinley, S., & Tofler, G. (2012). Physiological correlates of bereavement and the impact of bereavement interventions. *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 129–139. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/buckley>

Neimeyer R.A. (2019). Meaning reconstruction in bereavement: Development of a research program. *Death Studies*, 43:2, 79-91. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1456620>

Neimeyer, R. A., Klass, D., & Dennis, M. R. (2014). A social constructionist account of grief: loss and the narration of meaning. *Death studies*, 38(6-10), 485–498. <https://doi.org/10.1080/07481187.2014.913454>

Stroebe, M., & Schut, H. (2010). The dual process model of coping with bereavement: a decade on. *Omega*, 61(4), 273–289. <https://doi.org/10.2190/OM.61.4.b>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

IMPARARE A COLTIVARE E PRATICARE LA COMPASSIONE: UN INTERVENTO DI FORMAZIONE PER PROFESSIONISTI DI CURE PALLIATIVE

Veronica Zavagli¹, Anna Baron¹, Fabrizio Moggia¹, Danila Valenti¹

¹UOC Rete delle Cure Palliative - Dipartimento dell'Integrazione, Azienda USL di Bologna, Bologna, Italia

SCOPO: Sebbene il lavoro nell'ambito delle cure palliative (CP) possa essere realmente gratificante, l'essere sottoposti quotidianamente allo stress dovuto al contatto con la sofferenza dei pazienti e dei loro familiari può influenzare negativamente la salute e il benessere dei professionisti, portando a distress e trauma vicario. La ricerca mostra che il termine "compassion fatigue" è improprio: è l'empatia che rischia di esaurire gli operatori sanitari, non la compassione, e occorre dunque parlare di "empathy fatigue". Nella compassione, infatti, troviamo il riconoscimento della domanda di cura e l'impegno consapevole per rispondervi attivamente, senza sacrificarsi e venire sopraffatti dalla sofferenza, bensì restando presenti ad essa con un atteggiamento aperto e gentile e mantenendo ben distinti ruoli, posizioni e identità. Per tale motivo, come testimoniato dalla letteratura, la pratica della compassione costituisce una preziosa risorsa per tutelare e incrementare il benessere, attraverso la riduzione di distress, autocritica, ansia e depressione. È stato inoltre dimostrato che la compassione può essere sviluppata ed allenata, attraverso pratiche che si basano su un approccio evoluzionistico alle neuroscienze e alla psicologia sociale, connesso alla psicologia e alla neurofisiologia del comportamento di accudimento. Fondandosi su tali basi scientifiche, il seguente progetto ha previsto un intervento di formazione sulla compassione della durata di 2 anni (2023-2024). L'obiettivo era duplice: 1) conoscitivo, attraverso la tecnica del brainstorming che ha documentato le conoscenze pregresse sul tema, 2) di verifica dell'efficacia dell'intervento formativo, in termini di 2a) competenze maturate in merito alla compassione (come definita all'interno dell'approccio della Compassion Focused Therapy - CFT di P. Gilbert) e 2b) impatto del corso su auto-compassione e pattern individuali di regolazione emotiva.

METODO: Il primo anno è stato sviluppato un percorso sul tema tramite l'attività della supervisione di casi clinici della durata di 4 incontri da 2 ore ciascuno. I partecipanti sono stati invitati a discutere con l'aiuto di cinque domande guida aperte. È stata poi eseguita un'analisi qualitativa delle risposte fornite. L'obiettivo conoscitivo era comprendere cosa pensano i professionisti della compassione, ossia identificare le conoscenze pregresse e la familiarità con il tema. Il secondo anno, invece, è stato sviluppato un intervento di formazione sulla compassione della durata di 4 incontri da 2 ore ciascuno. I partecipanti hanno fatto pratica della compassione nei suoi 3 flussi (quella che riceviamo dagli altri, quella che diamo agli altri, quella che diamo a noi stessi) e lavorato in maniera esperienziale sulle resistenze emerse. Momenti di discussione e condivisione di gruppo hanno permesso di trasmettere la rilevanza della compassione nell'aiutare a ridurre lo stress e aumentare il benessere, sfatando i miti e i pregiudizi più comuni. Per valutare l'impatto sull'auto-compassione e sui pattern individuali di regolazione emotiva, sono state somministrate pre-/post- due scale self-report (Self Compassion Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale). I professionisti (n=26) sono stati arruolati tra gli operatori della UOC Rete delle Cure Palliative di un'Azienda USL del nord Italia. I partecipanti erano professionisti che lavorano quotidianamente insieme, allo scopo di promuovere il brainstorming e la formazione in contesti che prevedessero già un'interdipendenza relazionale. Ogni incontro è stato condotto da uno psicologo psicoterapeuta esperto in CP e CFT.

RISULTATI: Al momento della stesura dell'abstract l'analisi dei dati quantitativi è in corso e i risultati ottenuti saranno presentati in sede congressuale. Per quanto riguarda la sessione di brainstorming iniziale, secondo i professionisti questo tipo di discussione di gruppo è stata utile sia come strumento di condivisione che come esercizio per sviluppare la compassione. In generale, i partecipanti dei gruppi più maturi si sono mostrati non giudicanti e hanno parlato di sé, rivelandosi anche nel proprio intimo. Alcuni operatori hanno faticato a parlare di compassione, confondendola con la pena e riconducendola alla connotazione negativa che questa parola ha assunto nel corso del tempo. Un commento emerso frequentemente ha sottolineato l'utilità della compassione e la sua funzione rilevante nelle CP. Secondo il campione, infatti, la compassione riveste un ruolo fondamentale per alleviare la sofferenza dei pazienti, ma anche per migliorare la relazione con i colleghi. È emersa tuttavia la difficoltà nel riuscire a modulare la giusta vicinanza-distanza relazionale rispetto ai pazienti. L'auto-compassione è risultata un concetto poco considerato: quasi nessuno dei partecipanti ha parlato della possibilità che la compassione possa essere rivolta anche verso se stessi. Gli



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



stessi professionisti hanno però provato un senso di conforto nello sperimentare che è possibile trattare noi stessi con la stessa cura e gentilezza con cui di solito trattiamo chi amiamo e coloro di cui ci prendiamo cura. Infine, è risultata rilevante la necessità formativa sul tema della compassione.

CONCLUSIONI: La letteratura evidenzia che sono in aumento il numero di casi di empathy fatigue e di trauma vicario e le ricerche sugli interventi di prevenzione nei confronti di queste forme di distress. Coltivare la compassione è risultato essere particolarmente utile per le professioni di aiuto e nello specifico per le CP, un ambito di lavoro emozionalmente impegnativo che implica essere quotidianamente in contatto con le sofferenze dei pazienti e dei loro familiari. È stato dimostrato che l'attitudine a prendersi cura degli altri, a mostrare apprezzamento e gratitudine, ad avere abilità empatiche e di mentalizzazione, riveste un ruolo fondamentale nella costruzione di relazioni positive che, a loro volta, hanno una significativa influenza sul benessere e sulla salute mentale e fisica degli individui. Per tali motivi, riteniamo che una ricerca finalizzata alla comprensione e formazione sulla compassione sia quanto mai necessaria in questo momento storico e possa essere di interesse per la comunità scientifica. I risultati confermano la centralità della compassione all'interno della pratica clinica e della relazione operatore sanitario-paziente, per migliorare il "saper fare" e parallelamente perfezionare il "saper essere". Emerge che la formazione al concetto di compassione può risultare vantaggiosa sia per i professionisti che, indirettamente, per i pazienti. Infatti, è stato dimostrato che lo sviluppo dell'attitudine compassionevole favorisce un aumento di consapevolezza, rafforzando conseguentemente la resilienza e la motivazione pro-sociale nell'incontro clinico e prevenendo il trauma vicario.

BIBLIOGRAFIA:

- P. Gilbert, Choden (2019). Mindful Compassion. Giovanni Fioriti Editore.
- Hofmeyer, A., et al. Contesting the term 'compassion fatigue': Integrating findings from social neuroscience and self-care research. Collegian (2019), <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2019.07.001>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RIDUZIONE DEL BURNOUT TRA GLI OPERATORI SANITARI IN CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE MEDIANTE TECNICHE DI SELF-COMPASSION: UNO STUDIO PILOTA

Maria Francesca Paniccia¹, Domitilla Elena Secco¹, Deny Menghini¹, Chiara Pagliai¹, Alessandro Sebastiani¹, Michele Salata¹

¹Ospedale pediatrico Bambino Gesù, Roma, Italia

SCOPO: La Mindful Self-Compassion (MSC) è un programma evidence-based sviluppato da Kristin Neff e Christopher Germer, volto a promuovere consapevolezza e gentilezza verso sé stessi, in particolare nei momenti di difficoltà emotiva. Questo percorso integra le pratiche della mindfulness con esercizi specifici orientati alla riduzione dell'autocritica e al potenziamento dell'auto-accettazione, offrendo così un possibile supporto psicologico per coloro che operano in ambienti professionali ad alta intensità emotiva. La self-compassion è definita come la capacità di trattarsi con la stessa cura, comprensione e compassione che si riserverebbe a un amico in sofferenza. Numerosi studi hanno evidenziato come l'allenamento alla self-compassion possa favorire l'aumento della resilienza, il miglioramento del benessere psicologico e la riduzione degli effetti negativi legati allo stress cronico.

Il burnout rappresenta una sindrome occupazionale sempre più diffusa tra i professionisti della salute. È caratterizzato da tre dimensioni principali:

1. Esaurimento emotivo, con sensazioni persistenti di svuotamento fisico e mentale;
2. Cinismo, espresso attraverso atteggiamenti distaccati o negativi nei confronti del lavoro e delle relazioni professionali;
3. Inefficienza, ovvero un calo della motivazione e della fiducia nelle proprie capacità, spesso accompagnato da frustrazione e senso di inutilità.

Questa condizione si manifesta in modo particolarmente rilevante nei contesti di cure palliative pediatriche, dove il costante confronto con la sofferenza, la vulnerabilità e la morte genera un elevato carico emotivo, contribuendo all'aumento dello stress psicologico e del disagio empatico. Tale situazione può compromettere non solo la salute mentale degli operatori, ma anche la qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e alle loro famiglie.

Scopo dello studio

Il presente studio pilota si propone di valutare l'efficacia di un intervento basato sul programma MSC nella riduzione dei livelli di burnout e di stress percepito, nonché nell'incremento della self-compassion tra operatori sanitari impegnati in ambito di cure palliative pediatriche. L'indagine mira inoltre a esplorare la fattibilità dell'integrazione di tali percorsi all'interno della formazione continua e del supporto psicologico dedicato ai professionisti della salute.

METODO: Hanno partecipato allo studio 22 operatori sanitari (medici, infermieri, oss), suddivisi in due gruppi:

- Il gruppo MSC (n=11), che ha svolto un programma di 9 incontri settimanali, della durata di circa due ore ciascuno, durante i quali sono stati proposti esercizi di mindfulness, pratiche di self-compassion e momenti di condivisione e riflessione guidata;
- Il gruppo di controllo (n=11), che non ha preso parte ad alcun tipo di intervento durante il periodo di osservazione.

Per valutare l'efficacia dell'intervento, sono stati somministrati prima e dopo il percorso tre strumenti quali:

- Il Maslach Burnout Inventory, per la misurazione delle tre dimensioni del burnout;
- La Self-Compassion Scale, per valutare il livello di auto-compassione;
- La Perceived Stress Scale, per misurare il livello di stress percepito.

RISULTATI: I risultati preliminari hanno mostrato nel gruppo MSC una riduzione dei livelli di burnout e di stress percepito, accompagnata da un aumento nei punteggi relativi alla Self-Compassion Scale. Al contrario, il gruppo di controllo non ha mostrato variazioni nei parametri considerati.

CONCLUSIONI: I dati emersi, pur riferendosi a uno studio pilota con un numero di partecipanti limitato, suggeriscono che un intervento strutturato basato sulla self-compassion possa rappresentare una strategia efficace per il benessere psicologico degli operatori sanitari attivi in contesti ad alto impatto emotivo. L'integrazione di programmi MSC nella formazione professionale e nei sistemi di supporto potrebbe quindi



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



contribuire alla prevenzione del burnout e al rafforzamento delle risorse personali dei professionisti della salute.

BIBLIOGRAFIA:

Batson, C.D. (2010). Empathy-induced altruistic motivation. In M. Mikulincer & P.R. Shaver (Eds.), *Prosocial motives, emotions, and behavior: The better angels of our nature* (pp. 15–34). American Psychological Association.

Germer, C., & Neff, K. (2021, April). Insegnare il programma Autocompassione e Mindfulness: Una guida per professionisti del benessere e della salute. Edra.

Kabat-Zinn J, Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2003;10(2):144-156.

Laor-Maayan, R., Goldzweig, G., Hasson-Ohayon, I., Bar-Sela, G., Engler-Gross, A., & Braun, M. (2020). Compassion fatigue among oncologists: the role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Supportive Care in Cancer*, 28, 2025-2031.

Parola, V., Coelho, A., Cardoso, D., Sandgren, A., & Apóstolo, J. (2017). Prevalence of burnout in health professionals working in palliative care: a systematic review. *JBIC Evidence Synthesis*, 15(7), 1905-1933.

Portoghese, I., Galletta, M., Larkin, P., Sardo, S., Campagna, M., Finco, G., & D'Aloja, E. (2020). Compassion fatigue, watching patients suffering and emotional display rules among hospice professionals: a daily diary study. *BMC palliative care*, 19, 1-7.

Singer, T., & Bolz, M. (2013). *Compassion: Bridging practice and science*. Max Planck Institute for Human Cognitive and Brain Sciences.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DIGNITÀ E RAPPRESENTAZIONI DELL'INVECCHIAMENTO NELLA RELAZIONE D'AUTO: UNO STUDIO SU OPERATORI SOCIO SANITARI

Elisa Mencacci¹, Elena Cacciari²

¹ISRAA, Treviso, Italia, ²Libero Professionista, Bologna, Italia

SCOPO: La qualità della relazione nei percorsi di cura nelle fasi avanzate di vita si fonda non solo su competenze tecniche, ma anche su aspetti profondamente umani, come l'ascolto, la capacità di riconoscere la soggettività dell'altro, e la promozione della dignità anche nei momenti di maggiore vulnerabilità. In questa cornice, lo studio si propone di esplorare come le rappresentazioni dell'invecchiamento, le credenze implicite sull'età e i pregiudizi legati all'ageismo possano influenzare le pratiche assistenziali e gli atteggiamenti relazionali di chi opera in ambito socio sanitario. L'obiettivo principale è contribuire alla riflessione sui fattori psicosociali che incidono sulla qualità della relazione d'aiuto, con particolare attenzione ai contesti in cui si accompagna la persona nei suoi ultimi anni o mesi di vita. In una visione integrata tra psicologia dell'invecchiamento e cure palliative, si intende mettere in luce elementi di criticità e risorsa nella relazione operatore-assistito, proponendo chiavi di lettura utili anche per l'intervento formativo e la supervisione clinica.

METODO: Hanno partecipato allo studio 309 professionisti della cura, principalmente operatori socio sanitari (OSS/OSA), impiegati in diversi contesti assistenziali ad alta intensità relazionale: strutture residenziali per anziani, reparti ospedalieri geriatrici, hospice e servizi domiciliari. Il campione presentava una prevalenza femminile (80%), un'età compresa tra i 22 e i 64 anni ($M=41,7$) e una varietà di ruoli ed esperienze lavorative nel settore.

La raccolta dati si è svolta tramite somministrazione online di un questionario strutturato, compilato in forma volontaria e anonima, previa firma del consenso informato. Il protocollo comprendeva:

- la Fraboni Scale of Ageism (versione italiana), per la valutazione dei pregiudizi nei confronti dell'età anziana.
- la Non-Essentialist Beliefs about Aging Scale (NEBA), per la misurazione delle credenze sulla variabilità del processo di invecchiamento;
- una scala di salute percepita (da 1 a 10) e la domanda sull'età soggettiva (felt age), come indicatori di benessere percepito;
- Lo strumento AACD-Atteggiamenti e Azioni di Cura orientati alla Dignità, costruito ad hoc secondo il modello ABCD di Chochinov (2007), per rilevare la presenza di atteggiamenti e comportamenti che sostengono o ostacolano la dignità della persona assistita.

L'analisi statistica ha incluso correlazioni bivariate, regressioni lineari multiple e descrizione dei pattern emergenti, con particolare attenzione alle associazioni tra credenze e pratiche relazionali.

RISULTATI: L'analisi ha evidenziato una correlazione negativa significativa tra punteggi di ageismo e orientamento alla dignità nella cura ($r = -0.34, p < .001$), soprattutto nelle aree comportamentali (interventi pratici rispettosi) e comunicative (modalità di rivolgersi all'utente). Le credenze non essenzialiste sull'invecchiamento correlavano positivamente con punteggi più alti all'AACD ($r = 0.26, p < .001$), suggerendo che una visione dell'età come processo fluido e non predeterminato favorisce atteggiamenti più empatici.

La regressione lineare ha mostrato che l'ageismo rappresenta un predittore significativo ($BETA = -0.19, p = .01$) degli atteggiamenti orientati alla dignità, spiegando, insieme ad altre variabili, il 13.5% della varianza totale ($R^2 = .135$).

Inoltre, i dati hanno mostrato una correlazione positiva tra buona salute percepita e sensazione soggettiva di giovinezza ($r = 0.21, p < .001$), suggerendo che la percezione del proprio stato psicofisico può influenzare anche la modalità con cui si entra in relazione con l'altro, soprattutto se anziano o fragile.

CONCLUSIONI: I risultati confermano che l'età non è soltanto un dato anagrafico: è una dimensione culturale, soggettiva e relazionale, capace di influenzare in profondità atteggiamenti e comportamenti nei contesti di cura. Stereotipi e credenze implicite, spesso inconsapevoli, si riflettono sulla qualità della relazione e sulla capacità di riconoscere e tutelare la dignità dell'altro, in particolare nelle situazioni di fragilità o nel fine vita.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Emergono con forza la necessità e l'urgenza di percorsi formativi, spazi di riflessione condivisa e supervisione clinica, per sostenere consapevolezza critica e favorire una cultura della cura centrata sulla persona e sulla relazione.

L'integrazione tra psicologia dell'invecchiamento e approccio palliativo si configura come strategica per promuovere pratiche assistenziali più empatiche, consapevoli e attente tanto al benessere degli assistiti quanto a quello degli operatori.

Dai dati raccolti è inoltre emerso un interesse formativo spontaneo da parte degli stessi operatori, rivolto a temi come l'invecchiamento, la dignità nella cura, il fine vita, la Death Education, le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), la bioetica e la spiritualità. Questo orientamento suggerisce la possibilità di co-progettare percorsi educativi interprofessionali, radicati nei bisogni rilevati sul campo e orientati alla pratica.

Il valore relazionale della cura, in particolare nei contesti ad alta intensità assistenziale, può essere coltivato attraverso interventi capaci di restituire senso, profondità e rispetto anche ai gesti più semplici della quotidianità.

BIBLIOGRAFIA:

Cacciari, E., Mencacci, E., & Baron, A. (2024). AACD—Atteggiamenti e Azioni di Cura orientati alla Dignità. in fase di pubblicazione.

Chochinov, H. M. (2007). Dignity and the essence of medicine. *BMJ*, 335(7612), 184–187.

Donizzetti, A. R. (2019). Fraboni Scale of Ageism—Validazione italiana.

Idler, E. L., & Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21–37.

Weiss, D., & Diehl, M. (2016). Development of the NEBA Scale. *The Gerontologist*



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PIÙ SUPERVISIONI MENO BURNOUT, PIÙ FORMAZIONE PIÙ COESIONE SUPERVISIONE E FORMAZIONE DEQUEIPE IN CURE PALLIATIVE: QUALI RISULTATI?

Maddalena Volterrani¹, Alice Brenna², Alberto Zucchelli³

¹Finisterre Srl, Brescia, Italia, ²Finisterre Srl, Varese, Italia, ³Università degli Studi di Brescia, Brescia, Italia

SCOPO: Lavorare nelle Cure Palliative implica per tutti i professionisti un costante confronto con l'esperienza della malattia inguaribile, con il processo del morire e con la morte. Tale confronto non può avvenire senza che vi sia un significativo coinvolgimento umano, spirituale, esistenziale, personale e professionale degli operatori che lavorano. La comunità scientifica ha rivolto sempre molta attenzione alle componenti del disagio lavorativo e all'individuazione dei fattori che promuovono la resilienza e il benessere dell'operatore. In cure palliative in particolare compassion fatigue, moral distress, burnout sono problematiche che possono emergere nel personale perché il lavoro a contatto con la sofferenza e la morte coinvolge i professionisti prima di tutto sul piano personale. L'equipe, al pari di tutti i gruppi di lavoro, può essere intesa come uno spazio fisico e mentale in cui ogni membro incontra gli altri per il raggiungimento di un obiettivo, un compito. L'equipe che in quanto gruppo è attraversata da peculiari fenomeni che la definiscono, per poter affrontare le pressioni psicologiche dell'ambiente necessita di sviluppare un grado sufficiente di coesione interna, un senso di familiarità, fiducia e rispecchiamento reciproco. Dunque ciò che è importante raggiungere è un clima di gruppo positivo: un'atmosfera emotiva e relazionale che si crea all'interno di un gruppo di persone, influenzata dalle percezioni, dai sentimenti, dalle emozioni, dagli atteggiamenti e dai comportamenti dei membri; è elemento fondamentale per la coesione, la produttività e il benessere del gruppo. Le persone che compongono le equipe, nella loro preziosa individualità, diventano professionisti e risorsa tutelando pazienti, famiglie, se stessi, i colleghi e gli obiettivi aziendali nel momento in cui sono formati e mantengono aggiornata la loro formazione, implementando responsabilità e resilienza, diminuiscono il rischio di burnout e dropout. Formazione e Supervisione nascono da una domanda che nasce da un bisogno non solo emotivo, cognitivo ed organizzativo ma anche bisogno formale di accreditamento del servizio stesso che richiede personale formato e l'attuazione di supervisioni, come specificato in Legge 38 del 2010 e Legge 219 del 2017. La costante analisi della domanda, osservazione, progettazione e riprogettazione in divenire sono fondamentali per individuare quali siano le richieste esplicite, quali gli attori che ne avvertono il bisogno ma soprattutto individuare le domande e bisogni latenti delle equipe di cui la richiesta espressa è solo la parte manifesta. L'analisi della domanda è un passaggio fondamentale che permette di costruire i termini dell'intervento del formatore e del supervisore: metodologia del lavoro di gruppo, regole del setting, partecipanti, obiettivi e focus, cadenza degli incontri, modalità di restituzione. Obiettivo della ricerca sarà indagare come le supervisioni possano modificare la percezione di clima di gruppo dell'equipe e rispetto alla diminuzione del rischio burnout degli operatori.

METODO: TramagGIO e settembre 2025 al personale di tre equipe multiprofessionali di cure palliative domiciliari della Lombardia, verranno proposti due incontri di supervisione e un incontro formativo a tema soft skills in cure palliative tenuti da un professionista psicologo. All'inizio (T0) e al termine (T1) del percorso verrà proposto un questionario anonimo costituito da iniziali domande riguardanti informazioni socio-demografiche e caratteristiche oggettive e soggettive della propria professione ed esperienza professionale; il cuore della ricerca poi è costituito da due strumenti validati. Il Clima di gruppo (QSC) a cura di Gruè e Stern (1982) è uno strumento che nasce per il mondo dello sport ed è finalizzato a studiare il clima all'interno della squadra, in questo studio sarà utilizzato per studiare l'equipe multiprofessionale di cure palliative composta anch'essa da persone con competenze diverse che solo con il loro interagire permettono il raggiungimento dell'obiettivo comune. Il QSC è composto da 16 items relativi ai comportamenti dei colleghi verso il singolo e agli professionisti si chiede di valutare la frequenza di questi comportamenti nei loro confronti. Per ogni item sono previste sei possibilità di scelta: mai, molto raramente, a volte, di solito, di frequente, sistematicamente. Gli partecipanti devono esprimere un giudizio sulla loro equipe e attraverso le risposte si ottengono delle misure su quattro dimensioni relative al clima di squadra: l'autenticità (es. mi sostiene in modo autentico), la comprensione (es. percepisce bene il tipo di persona che sono), la stima (es. ha interesse per me), l'accettazione (es. mi accetta come sono). Il Maslach Burnout Inventory (MBI) è strumento di valutazione psicologica utilizzato per misurare la sindrome di burnout. Sviluppato da Christina Maslach e Susan E. Jackson, l'MBI valuta tre componenti chiave del burnout: esaurimento emotivo,



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale. L'MBI è un questionario composto da 22 domande che misurano le tre componenti del burnout. I partecipanti valutano il grado di accordo con ogni domanda su una scala Likert (da mai a tutti i giorni). I punteggi ottenuti vengono poi analizzati per identificare il livello di burnout dell'individuo. Le domande di tutta la ricerca prevedono risposte aperte, risposte multiple e scala Likert. L'analisi statistica si baserà su analisi della varianza per misure ripetute ed eventuali modelli misti generalizzati per valutare il peso di possibili covariate nelle modifiche dello score. Tutte le analisi saranno condotte con il software statistico R.

RISULTATI: Il lavoro di ricerca prevede l'adesione di circa 20 professionisti di cure palliative domiciliari provenienti dal nord Italia. Il lavoro fornirà le basi per comprendere l'impatto delle supervisioni sui domini indagati e permetterà di raccogliere dati utili ad un'espansione del lavoro volto a valutare l'efficacia dell'implementazione delle supervisioni. In particolare, ci aspettiamo una riduzione del rischio di burnout e un generale aumento del benessere degli operatori, migliorando la percezione di clima positivo. Questo lavoro potrebbe permettere di espandere la conoscenza attuale e diffondere l'implementazione di questo tipo di progettualità.

CONCLUSIONI: Considerando la carenza di risorse in cure palliative, il drop out degli operatori sanitari, il tasso di burnout crediamo che ci siano degli aspetti che le organizzazioni che si occupano di salute potrebbero prendere in considerazione ed attuare. Questo per rendere gli spazi professionali di cure palliative più sicuri, motivanti, efficienti, spazi dove le équipe multiprofessionali possano creare relazioni professionali basate su solida formazione, senso di appartenenza, clima positivo, condivisione, lavoro e rielaborazione in team.

BIBLIOGRAFIA:

Gruère, J.P., Stern P. (1981). 33 fiches d'analyse des relations de groupe. Paris: Les Editions d'organisation.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RAACONTARE LA MORTE AL BAMBINO: L'ALBO ILLUSTRATO COME STRUMENTO DI RELAZIONE E CURA NEL FINE VITA

Giovanna Lupis Lupis¹

¹AUOC Policlinico Bari Giovanni XXIII, Bari, Italia

SCOPO: Gli albi illustrati, con la loro capacità di parlare ai più piccoli utilizzando linguaggi comprensibili ed accessibili, rispondono al bisogno di narrare complessità, ponendosi come medium ideale fra l'adulto ed il bambino.

Un albo illustrato è per sua stessa natura facilitante, nell'impianto dialogico fra genitore e figlio, è strumento di conoscenza scoperta, utilizzabile sin dalla più tenera età; pensiamo ad esempio alla ormai pervasiva diffusione di libri sonori o tattili che concedono una esplorazione della realtà decisamente precoce.

In questo senso, un albo illustrato ben scelto può fungere da catalizzatore di numerosi processi emotivi e cognitivi, contribuendo al processo di attribuzione di senso e sviluppo di competenze socio emozionali. Un aspetto particolarmente significativo del mio lavoro è stato la creazione di un albo illustrato dedicato alla perdita ed al complesso universo dei siblings. Questo progetto nasce dalla consapevolezza che, sebbene il tema della morte sia stato in tempi recenti omesso e nascosto ai più piccoli, sia più funzionale offrire ai bambini strumenti per approfondirlo e normalizzarlo. La realizzazione di questo albo ha rappresentato un percorso di ricerca e sensibilizzazione, nel tentativo di proporre un racconto che potesse essere accessibile, delicato e allo stesso tempo sincero. Attraverso immagini e parole ho cercato di offrire uno spazio di riflessione e di dialogo, affinché anche gli adolescenti potessero trovare un modo per esprimere e elaborare il dolore e la perdita. Questo lavoro si inserisce nel più ampio contesto di un approccio pedagogico e terapeutico, che riconosce l'importanza di affrontare temi difficili con delicatezza, favorendo un percorso di crescita emotiva e di comprensione condivisa tra adulti e bambini.



METODO: Con l'aiuto di una illustratrice ho realizzato un albo che sostanzialmente ripercorre l'esperienza di una adolescente nei giorni della malattia e della morte del suo fratellino. Il libro narra con parole e immagini, raccolte in senso autobiografico durante un reale percorso di accompagnamento ed elaborazione del lutto, le emozioni contrastanti vissute dalla protagonista ed il suo disperato tentativo di riemergere e proteggersi dal dolore. L'albo è stato poi letto in due classi con la mediazione delle docenti e di una psicologa esperta in CPP, permettendo poi ai ragazzi di esprimere in plenaria attraverso la narrazione il proprio vissuto emotivo e le paure che si avvicinavano.

RISULTATI: il risultato principale di questo momento di condivisione, riflessione e contenimento emotivo rispetto alle tematiche di morte e del cambiamento in genere, è arrivato a mio avviso nei suggerimenti raccolti a termine dell'esperienza narrativa direttamente dai ragazzi e dalle docenti. L'albo a loro avviso può essere utilizzato come strumento di supporto emotivo e pedagogico, e come medium relazionale; questo lavoro ha contribuito certamente a normalizzare il tema della morte tra i presenti, offrendo loro un mezzo

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

per esprimere le emozioni e ricercare percorsi possibili di elaborazione del dolore. Inoltre ha promosso conoscenze e docenti rispetto alle tematiche che ruotano attorno al concetto di Death Education

CONCLUSIONI: Nel vasto universo degli albi illustrati l'argomento morte è comparso, perlomeno nel panorama editoriale italiano, solo da pochissimi anni. Questo ritardo potrebbe essere interpretato come una sorta di tentativo di mistificazione, omissione e nascondimento, similmente a quanto accade nella vita reale, in cui facciamo i conti con l'avvento della sesta generazione death free. La società e di conseguenza il mondo editoriale sembrano aver fatto fatica ad affrontare questa tematica in modo diretto. La più recente comparsa però di albi illustrati che affrontano il tema della morte rappresenta certo un importante passo in avanti, offrendo validi strumenti di relazione ed educazione.

Le immagini di un albo creano uno spazio dialogico condiviso in cui il bambino, anche quello che non ha ancora per età o caratteristiche intrinseche accesso al linguaggio scritto ed orale, si sente libero di esprimersi. La dinamica fra parole ed immagini diviene energia generativa in cui il bambino può interpretare ed attribuire un senso alle storie, facilitando un processo di comprensione anche di argomenti complessi come quelli del cambiamento e della malattia; e altresì questo processo, opportunamente mediato dalla presenza di un adulto, diviene metafora che permette al bambino una attribuzione di senso anche agli accadimenti che ruotano attorno al fine vita.

BIBLIOGRAFIA: L'ultima nascita, psicologia del morire e death education, Ines Testoni ed. Bollati Boringhieri
La domanda che vola. Educare i bambini alla morte e al lutto, 2012, F. Campioni, Centro editoriale dehoniano, Bologna

Non ho paura. Un percorso di Death Education con i bambini, Testoni e Maddalena Floriani 2018, Messaggero di Sant'Antonio

E se la morte fosse un bosco?, C. Scardicchio ed. Anima Mundi



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L SÉMALATO: VERSO UN'INTEGRAZIONE DELLE DIVERSE PARTI DEL SÉ

Andrea Giannelli¹, Giacomo Bisonti¹, Melania Raccichini¹, Damiano Pericoli¹, Luca Franchini¹, Silvia Varani¹
¹Fondazione ANTIItalia ONLUS, Bologna, Italia

SCOPO: La malattia oncologica, e in generale la patologia cronica, irrompe nella vita della persona investendo tutti gli aspetti della sua esistenza, dalla corporeità alle relazioni familiari e sociali, all'organizzazione della vita quotidiana, alla possibilità di pensare nel futuro, con l'inevitabile conseguenza di incidere sul senso di sé, traducendosi in Sé malato. Un concetto questo che non adottiamo dalla prospettiva patologica, ma lo intendiamo in una dimensione più ampia, legata al vissuto della malattia oncologica. In questo contesto, il Sé malato rappresenta un'identità in cui la fluidità naturale del concetto di Sé viene minacciata e cristallizzata dall'impatto della malattia, portando a una percezione rigida e talvolta ingombrante di sé stesso. L'irrompere della malattia e l'imprevedibilità rispetto alla sua evoluzione generano un cambiamento nel preesistente equilibrio. L'individuo sperimenta una perdita di sicurezza e la capacità di integrare le novità dell'ambiente, cioè di adattarsi, diminuisce. La percezione cronica di pericolo rende elevato il rischio che il Sé malato assuma una forma rigida, predominante, ingombrante, che rende impossibile fare emergere altre declinazioni del Sé, necessarie per l'adattamento e la crescita personale. Lo stesso vissuto può essere esperito anche dalle persone che vivono accanto alla persona malata e che di lei si prendono cura. Quando una parte del Sé si irrigidisce entra in conflitto con le altre, e può imporsi come unica nell'identità dell'individuo. Tali conflitti interni possono essere individuati e descritti nei termini di due o più sistemi di credenze relative al Sé compresenti e/o a rappresentazioni di Sé che implicano e portano a pensieri e a comportamenti in contraddizione tra loro. Incorporare la malattia oncologica nel proprio schema di Sé contribuisce a venire a patti con l'impatto psico-fisico della diagnosi infausta. Lo scopo di questo progetto è stato quello di favorire una riflessione sull'importanza di saper integrare le diverse parti del Sé, anche quelle che spesso entrano in conflitto tra di loro. Più le diverse parti del Sé sono in armonia e flessibili tra loro, meglio sarà per il benessere della persona. Integrare le diverse parti di Sé costituisce un percorso molto complesso, dinamico e faticoso, spesso accompagnato da un senso di lutto per ciò che è stato, insicurezza di ciò che sarà in futuro e difficoltà nell'affrontare il momento presente.

METODO: Psicologi e psicologhe hanno condotto un laboratorio in cui si è proposta una riflessione sull'esperienza di malattia oncologica e su come essa a volte metta in crisi il Sé della persona che attraversa quest'esperienza, offrendo uno sguardo sulle prospettive di crescita possibili anche in situazioni di difficoltà. È stata proposta un'immaginazione guidata per favorire un'esperienza concreta del processo di integrazione di parti di sé, usando una competenza metacognitiva specifica (l'integrazione appunto) che rappresenta una capacità specifica di quella potentissima risorsa interna che abbiamo, a cui facciamo appello durante ogni percorso di psicoterapia: l'immaginazione. Ai partecipanti sono stati proposti alcuni esempi di conflitto interno, come per esempio: piacere a breve termine versus benefici a lungo termine; agire per Sé Stessi versus agire per gli altri; essere e avere una attitudine emotiva versus essere razionale; sognatore versus critico; protezione riguardo la salute versus attitudini legate alla malattia.

RISULTATI: Il laboratorio ha coinvolto un gruppo eterogeneo di partecipanti, composto da persone con differenti vissuti personali e professionali, non necessariamente legati direttamente all'esperienza della malattia oncologica. L'obiettivo è stato quello di promuovere una riflessione sul concetto di Sé e su come questo possa essere influenzato, irrigidito o messo in crisi in presenza di eventi di forte impatto emotivo, come una diagnosi di malattia cronica o la vicinanza a persone che vivono tali esperienze. Attraverso l'uso dell'immaginazione guidata, sono stati esplorati alcuni conflitti interni ricorrenti nella vita di ciascuno offrendo uno spazio protetto di esplorazione e ascolto.

La maggior parte dei partecipanti ha individuato all'interno del proprio vissuto almeno una tensione interna significativa, spesso legata a rappresentazioni di sé in contrapposizione: ad esempio, il Sé sognatore contrapposto al Sé critico, oppure la parte che cerca la protezione della salute contrapposta a quella che tende a negare o minimizzare segnali corporei.

I partecipanti hanno riferito che il percorso immaginativo ha facilitato la comprensione delle dinamiche interne che spesso rimangono implicite e difficili da verbalizzare. Una parte di essi ha descritto l'esperienza come un'occasione per dare voce a parti di sé spesso trascurate o giudicate, sperimentando un primo movimento verso l'accoglienza e la coesistenza.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Le emozioni emerse durante il laboratorio – come malinconia, rabbia, senso di colpa, ma anche sollievo e gratitudine – sono state vissute come segnali preziosi, capaci di rivelare aree di blocco ma anche potenzialità di crescita. Alcuni partecipanti hanno riportato un senso di lutto per aspetti del Sé non più attuali, accompagnati però dalla scoperta di nuove risorse interiori.

Tutti i partecipanti hanno riconosciuto l'efficacia dell'immaginazione guidata come strumento per esplorare e integrare le diverse parti del Sé. L'immaginazione ha permesso di costruire ponti tra aspetti apparentemente in conflitto, offrendo nuove possibilità di dialogo interno.

Alla conclusione del laboratorio, alcuni dei partecipanti ha dichiarato di percepire una maggiore flessibilità interna e una minore rigidità nell'identificazione con una singola parte del Sé. È emersa la consapevolezza che il benessere personale non deriva dal dominare alcune parti interne, ma dal riuscire a farle coesistere in modo più armonico.

CONCLUSIONI: L'esperienza del laboratorio ha mostrato come il concetto di Sé malato – inteso non solo come effetto diretto della malattia, ma come metafora di un'identità irrigidita da eventi di forte impatto – possa essere riconosciuto, esplorato e rielaborato anche da persone che non vivono una condizione patologica. Le tensioni e i conflitti tra diverse parti del Sé sono comuni e universali, e la possibilità di integrarle rappresenta un importante fattore di benessere psicologico e adattamento. Il laboratorio ha inoltre confermato il valore dell'immaginazione come risorsa metacognitiva potente, capace di favorire processi trasformativi profondi e duraturi, aprendo spazi di crescita anche nei momenti di maggiore vulnerabilità.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



INTERVISIONE E PRASSI CONDIVISE: UN CONTRIBUTO INTEGRATO PER LA PRATICA PSICOLOGICA NELLE CURE PALLIATIVE PEDIATRICHE: L'ESPERIENZA DEL NETWORK ITALIANO.

Isabella Berling Berlingiero¹, Veronica Zavagli², Mariangela Rosa³

¹ UOSDPsicologia, Ospedale Pediatrico, Giovanni XXIII, Bari, Italia, ² UOC Psicologia Ospedaliera, UOC Rete delle Cure Palliative, Azienda USL di Bologna, Bologna, Italia, ³ UOC Hospice Pediatrico, Centro Regionale Veneto di Cure Palliative e Terapia Antalgica Pediatrica, Az. Osp. Univ., Padova, Italia, ⁴ Diverse Aziende Ospedaliere e Locali della Nazione, Italia

SCOPO: Le cure palliative pediatriche (CPP) rappresentano un ambito complesso in cui la gestione delle dimensioni psico-sociali del bambino, dell'adolescente e della famiglia richiede un approccio multidisciplinare integrato. In questo contesto, lo psicologo assume un ruolo centrale. La letteratura internazionale sottolinea come il confronto interprofessionale e la condivisione decisionale siano fondamentali per migliorare la qualità dell'assistenza in contesti complessi come le CPP, facilitando il coordinamento degli interventi e ottimizzando la presa in carico globale. Tuttavia, emerge sempre più la necessità di sviluppare strumenti strutturati di riflessione e di miglioramento continuo delle competenze professionali, in particolare attraverso pratiche di intervizione tra psicologi.

Lo scopo di questo studio è descrivere l'esperienza di un network italiano di psicologi impegnati nelle CPP, focalizzandosi sull'utilizzo dell'intervisione come strumento di confronto critico e condivisione di pratiche cliniche. L'obiettivo è fornire indicazioni operative su buone prassi da adottare nei gruppi di intervizione, per standardizzare i processi di confronto, migliorare la gestione delle emozioni e delle decisioni, e stimolare una cultura professionale basata sulla riflessione collettiva e sull'innovazione continua.

METODO: Nel 2022 è stato costituito un network italiano di psicologi facenti parte di servizi che dedicano una quota parte di ore alle CPP. Al momento il gruppo è costituito da 20 psicologi, provenienti da 9 regioni (Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Puglia, Sicilia, Trentino-Alto Adige, Veneto). Il gruppo si riunisce mensilmente per discutere casi clinici complessi, scambiare esperienze e definire modalità operative basate su evidenze. La metodologia adottata per sviluppare le prassi condivise è quella dell'expert consensus method, che prevede la raccolta sistematica e interattiva delle opinioni, valutazioni, raccomandazioni, riflessioni e indicazioni operative dei partecipanti al network italiano in base alla loro esperienza ed expertise. Questo approccio ha permesso di fornire prospettive autorevoli e informate, attraverso l'integrazione dell'esperienza clinica consolidata con il confronto sistematico, stimolando una riflessione collettiva e favorendo la costruzione condivisa di modelli operativi. Le riunioni di intervizione sono strutturate per garantire un equilibrio tra discussione clinica, analisi delle dinamiche emotive e confronto sulle strategie decisionali, con un'attenzione particolare alla standardizzazione delle prassi e alla qualità dell'assistenza.

RISULTATI: L'attività di intervizione ha dimostrato come il confronto strutturato tra psicologi favorisca la standardizzazione delle prassi cliniche e migliori la gestione degli aspetti emotivi legati all'assistenza in CPP. Il network ha definito alcune buone prassi operative che includono il confronto interprofessionale, anche tra realtà diverse sul nostro territorio nazionale. L'esperienza ha da un lato evidenziato come l'intervisione sia uno strumento cruciale per promuovere una cultura di riflessione continua e crescita professionale, migliorare la qualità complessiva dell'assistenza e la soddisfazione degli operatori; dall'altro, ha rafforzato la collaborazione tra psicologi e l'équipe in CPP. Infine, tale attività ha permesso il confronto su casi che vengono seguiti da più centri, favorendo la continuità assistenziale.

CONCLUSIONI: Il modello operativo sviluppato dal network italiano di psicologi rappresenta un contributo innovativo e replicabile per la pratica clinica nelle CPP. Grazie all'intervisione strutturata e all'adozione di prassi condivise, questo modello può contribuire a migliorare la qualità dell'assistenza supportando sia i pazienti che le famiglie, oltre a favorire il benessere e la crescita professionale degli operatori. L'esperienza sottolinea l'importanza di valorizzare la riflessione collettiva come leva fondamentale per l'innovazione e la crescita nella pratica psicologica delle CPP, promuovendo un approccio integrato e collaborativo.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Cai, S., Cheng, L., Wang, R., Zhou, X., & Peng, X. (2023). A shared decision-making model in pediatric palliative care: a qualitative study of healthcare providers. *BMCPalliative Care*.
- Hrdlickova, L., Polakova, K., & Loucka, M. (2023). Innovative communication approaches for initiating pediatric palliative care: perspectives of family caregivers and treating specialists. *BMCPalliative Care*.
- Riiser, K., Holmen, H., Winger, A., Steindal, S. A., Castor, C., Gravdal Kvarme, L., Lee, A., Bruun Lorentsen, V., Misvaer, N., & Albertini Fröh, E. (2022). Stories of paediatric palliative care: a qualitative study exploring health care professionals' understanding of the concept. *BMCPalliative Care*.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

TESSERE RELAZIONI. RETI CHE CURANO: ALLEANZE TRA ONCOLOGIA E CURE PALLIATIVE OLTRE LA MALATTIA

Patrizia Toietta¹, Antonio Lizardo¹, Alexandra I. Gabris¹, Maja Caldato¹, Barbara Galassi¹, Nerina Denaro¹, Roberto E. Moroni G.¹

¹Fondazione IRCCSCa'Granda-Osp.Maggiorepoliclinico, Milano, Italia

SCOPO: Nel contesto attuale del Servizio Sanitario Nazionale, segnato dalla crescente complessità assistenziale e dalla diffusione di patologie croniche e avanzate, si fa sempre più evidente la necessità di un rinnovamento delle reti di cura. Un rinnovamento che non è solo strutturale, ma profondamente relazionale ed esperienziale. Il punto d'incontro tra Oncologia e Cure Palliative rappresenta, da una prospettiva psicologica, uno snodo cruciale dove si gioca la possibilità di una medicina che accompagna, ascolta, condivide. Le relazioni tra professionisti, pazienti e famiglie diventano parte integrante del processo terapeutico e influenzano in modo significativo l'esperienza soggettiva della malattia e del fine vita.

Sebbene sia sempre più chiaro il valore di una presa in carico precoce e integrata, la piena sinergia tra Hospice e Oncologia rappresenta ancora un potenziale da sviluppare. Superare le barriere culturali, organizzative e comunicative è oggi una sfida necessaria per offrire ai pazienti un percorso di cura davvero continuo e coerente con i loro bisogni. Il rischio è quello di perdere l'occasione di costruire un'alleanza terapeutica autentica, capace di dare senso e continuità alla cura, soprattutto nei momenti di transizione. Reti che curano, in questo senso, sono reti che ascoltano, che accolgono e che, nel prendersi cura, custodiscono le emozioni di tutti gli attori coinvolti.

Il presente lavoro, partendo da una prospettiva psicologica, esplora il valore di questa rete come spazio relazionale. L'analisi si sviluppa a partire dall'osservazione psicologica e clinica maturata nei diversi contesti di cura, tra consulenze in Oncologia, dialoghi con pazienti e familiari, e momenti di confronto interprofessionale. Da questi luoghi ha preso forma una riflessione sulle dinamiche relazionali che attraversano e sostengono la rete. Le narrazioni raccolte hanno permesso di far emergere vissuti, nodi decisionali e risorse implicite che si attivano quando la rete funziona.

METODO: L'analisi si basa sull'osservazione clinica e psicologica svolta nell'ambito delle consulenze palliative, nei colloqui individuali con pazienti e familiari, nelle family conference e nelle riunioni d'équipe interdisciplinari. Sono stati presi in considerazione anche i contenuti emersi nei briefing congiunti tra i professionisti dell'Hospice e dell'Oncologia, oltre a narrazioni raccolte tramite strumenti quali la cartella parallela e colloqui guidati.

Particolare attenzione è stata dedicata ai cosiddetti "trigger point", ovvero momenti chiave del percorso clinico che offrono l'opportunità per un intervento tempestivo e condiviso – anche psicologico. Tra i più rilevanti: la comunicazione di una diagnosi infausta, il peggioramento clinico, la sospensione delle terapie attive, l'emergere di distress psicologico o il manifestarsi di disagio relazionale. In questi passaggi delicati, la presenza di una rete solida e comunicativa ha mostrato di favorire una maggiore consapevolezza nel paziente, una migliore adesione ai trattamenti, una riduzione del senso di solitudine e uno spazio decisionale più umano e autentico. L'intervento psicologico, integrato nel lavoro d'équipe, si rivela centrale per sostenere le transizioni esistenziali più complesse, accogliere paure e conflitti e restituire significato anche quando non è più possibile guarire.

RISULTATI: Dall'esperienza osservata emergono risultati significativi, tanto dal punto di vista del paziente quanto da quello dell'équipe curante.

Per pazienti e famiglie, l'attivazione precoce della rete nei trigger point favorisce un approccio più empatico, meno frammentato e più coerente con i bisogni emotivi e relazionali. I pazienti riferiscono una maggiore sensazione di continuità nella cura, un contenimento dell'ansia e una più chiara comprensione del proprio percorso terapeutico. Le famiglie si sentono sostenute e meno sole nelle decisioni complesse, e ciò riduce il rischio di vissuti di abbandono o di lutti complicati.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Per gli operatori, la possibilità di lavorare in una rete che favorisce la comunicazione e il confronto si traduce in una maggiore serenità operativa, una riduzione della conflittualità intra-team e una condivisione più profonda della responsabilità terapeutica. La rete offre anche uno spazio sicuro dove condividere il carico emotivo della cura, affrontare dilemmi etici e rielaborare i vissuti del limite e della perdita. Emergono forme di cura che non sono solo somministrazione di trattamenti, ma esperienze condivise di accompagnamento, dove la parola, la presenza e l'ascolto diventano strumenti clinici tanto quanto il farmaco.

CONCLUSIONI: Integrare realmente l'Hospice nel percorso di cura oncologico significa restituire dignità al tempo e al vissuto del paziente, non solo negli ultimi giorni, ma lungo tutto il percorso della malattia. Significa anche riconoscere che la comunicazione, la relazione e il senso sono elementi terapeutici tanto quanto una terapia ben condotta. Per questo, è necessario formare gli operatori non solo dal punto di vista clinico, ma anche sul piano relazionale, narrativo ed emotivo. Tessere relazioni, in questo senso, diventa un atto clinico, etico e culturale.

Per affrontare la complessità del fine vita serve una rete che non si limiti a "passare il testimone" da un reparto all'altro, ma che costruisca alleanze, condivida responsabilità e custodisca storie. Una rete che non solo curi, ma che sappia anche accompagnare oltre la malattia.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BURNOUT, COMPASSIONFATIGUE E SODDISFAZIONE LAVORATIVA: UNO STUDIO SULLA QUALITÀ DI VITA DEGLI OPERATORI DELLE CURE PALLIATIVE

Matteo Martinato¹, Jennifer Marnelli^{1,2}, Claudia Varagnolo¹, Tiziana Rizzo³, Eleonora Cason³, Tiziana Mondin⁴, Gianluca Sartore⁵, Luca Furlanetto⁶, Giuliana Menegaldo³, Caterina Agosto⁷, Giampaolo Luisetto⁸

¹Università degli Studi di Padova, Padova, Italia, ²GVM Cortina Srl, Cortina D'Ampezzo, Italia, ³SICP Regione Veneto, Italia, ⁴Rete Nazionale ASCure Palliative, Italia, ⁵AULSS3 Serenissima, Venezia, Italia, ⁶AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso, Italia, ⁷Azienda Ospedale-Università Padova, Padova, Italia, ⁸AULSS1 Dolomiti, Belluno, Italia

SCOPO: Gli operatori impegnati nelle cure palliative (CP) sono esposti quotidianamente ad un significativo carico emotivo che può incidere significativamente sul loro benessere psicologico e sulla qualità dell'assistenza fornita ai pazienti e ai loro caregiver [1,2]. In tale contesto, i professionisti possono sviluppare condizioni di disagio come il burnout o lo stress traumatico secondario. Il burnout è una sindrome definita da esaurimento emotivo, depersonalizzazione e ridotta realizzazione personale, particolarmente diffusa tra gli operatori delle cure palliative [3]. In opposizione al burnout, la Compassion Satisfaction rappresenta l'appagamento derivante dal percepirsi utili e dall'aver contribuito positivamente al benessere dei pazienti [4], fungendo così da fattore protettivo. La Compassion Fatigue, o Secondary Traumatic Stress, si manifesta invece quando l'esposizione prolungata alla sofferenza altrui conduce a sintomi analoghi a quelli del disturbo da stress post-traumatico [5]. In questo scenario, la misura dello stato emotivo e professionale degli operatori, si rivela fondamentale per identificare precocemente segnali di disagio, promuovere la resilienza e implementare strategie efficaci di prevenzione e supporto.

Scopo dello studio è valutare la qualità della vita lavorativa e il benessere psicologico degli operatori sanitari impegnati nelle CP attraverso l'analisi della soddisfazione lavorativa, del burnout e dello stress traumatico secondario.

METODO: Studio osservazionale trasversale di tipo quantitativo condotto attraverso i membri della Società Italiana di CP della Regione Veneto.

La raccolta dei dati è avvenuta tramite la somministrazione elettronica anonima del Professional Quality of Life Scale (ProQOL) [6], strumento validato che misura le tre dimensioni principali della qualità di vita lavorativa. L'analisi statistica ha incluso test descrittivi, correlazioni di Pearson e test di Kruskal-Wallis per identificare associazioni tra variabili demografiche e punteggi del ProQOL.

RISULTATI: 67 partecipanti (Tabella 1) hanno partecipato. I punteggi medi indicano buoni livelli di soddisfazione lavorativa, con una media pari a 40.15. I livelli di burnout e di stress secondario risultano generalmente contenuti, mostrando medie rispettivamente di 22.51 (DS=4,48; Range=13-33) e 20.94 (DS=5,28; Range=10-42), ma contengono valori molto alti che suggeriscono il rischio verso l'esaurimento di alcuni operatori, se non correttamente supportati. I risultati hanno evidenziato una forte correlazione negativa tra soddisfazione lavorativa e burnout ($r = -0.66$) e una correlazione positiva tra burnout e stress traumatico secondario ($r = 0.61$), confermando la relazione tra soddisfazione professionale e protezione dal disagio emotivo. L'età anagrafica e l'anzianità professionale non presentano, invece, una significativa associazione, indicando che resilienza e gestione dello stress dipendono verosimilmente da altri fattori. Le analisi effettuate utilizzando il test di Kruskal-Wallis hanno evidenziato differenze significative tra le professioni ($p\text{-value} < 0.05$), confermando che le figure sanitarie in prima linea nell'assistenza come medici ed infermieri, sono particolarmente esposte al rischio di esaurimento emotivo e stress traumatico secondario. Le correlazioni ottenute sono in linea con gli studi già presenti in letteratura [7].

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Tab 1. Caratteristiche demografiche del campione incluso (n=67)

Genere	F 80,6% M 19,4%
Età	48,61 (DS 10,94)
Ruolo nell'equipe	Medico palliativista 31,3% Infermiere 28,4% Psicologo 9% Coordinatore 7,5% Assistente sociale 4,5% Fisioterapista 3% Consulente spirituale 3% /cappellano OSS 1,5%
Anzianità professionale	21,48 anni (DS 12,21)
Anzianità in CP	9,66 anni (DS 7,76)
Tipologia di contratto	Full time 62,7% Part time 37,3%
Setting lavorativo	Assistenza domiciliare 55,3% Hospice 41,8% Ospedale 20,9% Distretto sociosanitario 10,4% Casa di riposo o RSA 9% Ambulatorio 6% Libera professione 4,5% Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico 3% Continuità assistenziale 1,5% Altro 4,5%
Formazione post-laurea	Formazione specifica per cure palliative 53,7% Master I livello 46,3% Master II livello 16,4% Corsi di perfezionamento universitari 10,4% Corsi di alta formazione universitaria 6% Altro 28,4%

CONCLUSIONI: I risultati ottenuti evidenziano come il benessere psicologico degli operatori sanitari impegnati nelle CP sia influenzato da molteplici fattori, tra cui il ruolo professionale, la formazione ricevuta e il supporto disponibile. In particolare, lo studio ha confermato che livelli elevati di Compassion Satisfaction fungono da fattore protettivo contro il burnout e lo stress traumatico secondario, mentre un'esposizione prolungata alla sofferenza, senza adeguati strumenti di coping, può incrementare il rischio di disagio emotivo. Questi dati sottolineano l'importanza di interventi sistematici e personalizzati per il sostegno degli operatori di CP. Questi rappresentano un'area particolarmente vulnerabile allo stress professionale, ma allo stesso tempo ricca di potenziale umano, in cui l'esperienza di cura può assumere un significato profondo sia per il paziente che per il curante. Promuovere una cultura organizzativa orientata al benessere e alla sostenibilità emotiva del lavoro è quindi essenziale per garantire non solo la salute degli operatori, ma anche l'efficacia, la continuità e l'umanità dell'assistenza offerta [8]. I risultati di questo studio indicano un profilo di benessere professionale relativamente positivo, con alti livelli di soddisfazione nella compassione e moderati livelli di burnout e stress secondario. Questo rispecchia ciò che la letteratura descrive per i contesti palliativi ben strutturati: la relazione significativa con il paziente, unita a una visione olistica della cura, può attenuare l'impatto emotivo negativo [9]. Alla luce di questi risultati, si auspica che la misurazione periodica del benessere professionale, attraverso strumenti validati come il ProQOL, diventi prassi diffusa nei servizi di CP, integrandosi con strategie gestionali e cliniche di promozione del benessere e prevenzione del disagio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kang, S., Kim, K., Kim, J., & Lee, S. (2021). Compassion fatigue and burnout among hospice and palliative care workers: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(5), 916-928.
2. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., & Hood, K. (2012). How death anxiety impacts nurses' perceptions of caring for dying patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 591-597.
3. Maslach, C., & Leiter, M. P. (2016). *Burnout: A Very Short Introduction*. Oxford University Press.
4. Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. *Critical Care Nurse*, 35(4), 32-44.
5. Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary Traumatic Stress Disorder: An Overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.
6. Stamm, B. H. (2009). Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). ProQOL.org.
7. Kaur, Amanpreet, Mahendra P. Sharma, and Santosh K. Chaturvedi. "Professional Quality of Life among Professional Care Providers at Cancer Palliative Care Centers in Bengaluru, India." *Indian Journal of Palliative Care* 24, no. 2 (-): 167-72. https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_31_18.
8. Duarte, J., & Pinto-Gouveia, J. (2017). Effectiveness of a mindfulness-based intervention on oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms: A non-randomized study. *International Journal of Nursing Studies*, 64, 98-107.
9. Aoun SM, Richmond R, Jiang L, Rumbold B. Winners and Losers in Palliative Care Service Delivery: Time for a Public Health Approach to Palliative and End of Life Care. *Healthcare (Basel)*. 2021 Nov 23;9(12):1615. doi: 10.3390/healthcare9121615. PMID:34946341; PMCID:PMC8702146.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



OLTRE IL BURNOUT: STRATEGIE DI BENESSERE E VISSUTO SPIRITUALE NEI PROFESSIONISTI DELLE CURE PALLIATIVE

Matteo Martinato¹, Jennifer Mameli¹, Claudia Varagnolo¹, Tiziana Rizzo³, Eleonora Cason³, Tiziana Mondini⁴, Gianluca Sartore⁵, Luca Furlanetto⁶, Giuliana Menegaldo³, Caterina Agosto⁷, Giampietro Luisetto⁸

¹Università degli Studi di Padova, Padova, Italia, ²GVM Cortina Srl, Cortina D'Ampezzo, Italia, ³SICP Regione Veneto, Italia, ⁴Rete Nazionale AS Cure Palliative, Italia, ⁵AULSS3 Serenissima, Venezia, Italia, ⁶AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso, Italia, ⁷Azienda Ospedale-Università Padova, Padova, Italia, ⁸AULSS1 Dolomiti, Belluno, Italia

SCOPO: L'attività nelle cure palliative espone gli operatori sanitari e sociali a sfide complesse e costanti, legate alla gestione del dolore, all'accompagnamento alla morte e al supporto di pazienti e familiari nelle fasi terminali della malattia.

Questo contesto emotivamente intenso può favorire l'insorgenza di burnout, affaticamento emotivo e disagio psicologico, compromettendo il benessere degli operatori e la qualità dell'assistenza erogata [1,2]. Negli ultimi anni, la letteratura ha sottolineato l'urgenza di adottare un approccio olistico centrato anche sulla salute del personale sanitario, promuovendo supporto emotivo e spirituale, resilienza e sullo sviluppo di strategie efficaci di coping [3,4].

Negli ultimi anni, è emersa la consapevolezza che la salute mentale degli operatori impatti direttamente sulla qualità delle cure fornite [1], ma le narrazioni e i vissuti soggettivi di chi lavora in questo ambito rimangono ancora poco esplorati. Un'indagine qualitativa può restituire profondità alla comprensione del loro vissuto professionale.

Scopo dello studio è esplorare, attraverso un approccio qualitativo, l'esperienza emotiva e professionale degli operatori delle cure palliative, identificando i principali fattori che influenzano il loro benessere psicologico e spirituale, nonché le strategie di coping messe in atto.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale trasversale di tipo qualitativo mediante un questionario elettronico anonimo contenente 31 domande aperte. Le risposte sono state analizzate con la metodologia dell'analisi tematica, secondo le fasi di codifica, categorizzazione e distillazione tematica delle domande [5].

RISULTATI: 48 operatori hanno acconsentito a rispondere alle domande aperte proposte: il campione è prevalentemente femminile (75%), con un'età media di 49,15 (DS=10,54) anni. Le professioni maggiormente rappresentate sono medici palliativisti (41,7%) e infermieri (25%), seguiti da psicologi (12,5%), fisioterapisti (6,2%) ed altri profili professionali. L'esperienza lavorativa media è di 17,3 anni (DS=10) mentre quella specifica nelle cure palliative è di 6,9 anni (DS=5,6), indicando una specializzazione acquisita nel tempo. Il 54,2% dei partecipanti ha ricevuto una formazione post-laurea specifica nel settore.

L'analisi qualitativa ha evidenziato diversi temi ricorrenti; la Tabella 1 riporta alcune delle domande proposte, le parole chiave più frequenti e citazioni esemplificative che riflettono il sentire condiviso dei partecipanti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Tabella I. Fattori che influenzano il benessere

Domanda	N. risposte	Parole chiave frequenti	Citazioni significative
Benessere psicologico	19	buono, equilibrio, lavoro, momenti	"mi sento sereno, in grado di capire i momenti di difficoltà e quindi di creare degli spazi per fermarmi" / "altalenante"
Momenti di stress	20	tempo, giornata, carico di lavoro	"Gli impegni (necessità assistenziali) sono sempre maggiori del tempo disponibile"
Aspetti gratificanti nel lavoro	19	rapporto, riconoscimento, pazienti	"Se paziente e famiglia si lasciano guidare e aiutare"
Aspetti impegnativi nel lavoro	19	paziente, gestione, morte, vita	"la gestione del fine vita con la famiglia, le conversazioni di fine vita, la mancanza di consapevolezza del paziente ..."
Esperienza recente con impatto emotivo	18	paziente, sedazione, giovane	"La morte di una persona giovane che non ha voluto la sedazione sino all'ultimo"
Gestione delle emozioni (strategie utilizzate)	22	collegli, condivisione, meditazione	"Vado in bagno e respiro profondamente per uno i due minuti. A volte piango"
Cura di sé dopo giornata difficile	22	tempo, passeggiata, attività	"Una buona cena, una doccia, un film o libro" / "Se posso esco con qualcuno a parlare di altro"
Risorse	11	Collegli, supervisione, confronto, formazione	"Supervisione psicologica" / "Possibilità di colloquio e confronto tra collegli."
Situazione difficile	3	Perdita	"paziente donna giovane e terminale a cui è stato impedito, per decisione medica, di vedere la figlia di 1 anno e mezzo"
Emozioni	6	Trasmettere, situazioni, sentimento	"Mi sento in empatia con loro perché ho vissuto anch'io in famiglia quell'esperienza" / "Mi viene naturale"
Equilibrio vita-lavoro	18	Lavoro, personale, tempo, cercare	"Non ci riesco"
Hobby rilassanti	18	Attività, yoga	"Faccio volontariato, passeggio con il cane, quando riesco vado in palestra"
Desideri di cambiamento	17	Personale, tempo, burocrazia	"Il briefing con gli infermieri perché è polemico e ridondante e non mi aiuta ad affrontare la giornata e il giro medico"
Prevenzione	10	Benessere, supporto psicologico, formazione	"ogni anno ci fanno i test sul benessere e ci chiedono cosa suggerimento...ma spesso non c'è tempo e le risorse"

In particolare, la gestione del carico di lavoro e della complessità clinica emerge come fattore critico per il benessere psicologico. Il tempo, considerato sia come risorsa individuale che organizzativa, rappresenta una delle principali fonti di stress.

Un altro nucleo tematico riguarda l'importanza delle relazioni interpersonali, sia con pazienti e familiari che con i collegli. Questi legami sono percepiti come risorsa fondamentale, ma richiedono anche spazi adeguati all'elaborazione emotiva e la decompressione.

La dimensione spirituale è indicata come un elemento chiave per la consapevolezza di sé e il mantenimento del benessere interiore. Gli operatori sottolineano il valore di poter esprimere liberamente la propria spiritualità come via di comprensione profonda del proprio ruolo.

Le strategie di coping identificate comprendono tecniche di autoregolazione immediata (pause brevi, visualizzazione), condivisione con i collegli, rituali spirituali o personali, pratiche di self-care e percorsi formativi (workshop, mindfulness). Particolarmente rilevante è il ruolo del gruppo di lavoro come rete di

supporto: la coesione tra colleghi è percepita come risorsa cruciale, soprattutto per infermieri e operatori socio-sanitari, nel fronteggiare le difficoltà emotive.

CONCLUSIONI: Lo studio mette in luce la complessità del vissuto degli operatori nelle cure palliative e sottolinea la necessità di un approccio sistemico che riconosca l'importanza del loro benessere psicologico e spirituale.

Sulla base dei risultati emersi, si può concludere che il benessere degli operatori sanitari nelle cure palliative è fortemente influenzato da una combinazione di fattori organizzativi, relazionali e spirituali. Il carico di lavoro e la gestione del tempo rappresentano criticità significative, ma trovano un contrappeso nelle relazioni di qualità all'interno dei team e nella possibilità di condividere i propri vissuti emotivi.

La spiritualità, intesa non necessariamente in senso religioso, ma come dimensione di significato e consapevolezza, si configura come una risorsa fondamentale per sostenere la motivazione, la resilienza e l'identità professionale. Le strategie di coping adottate dagli operatori evidenziano un bisogno diffuso di spazi strutturati per l'autocura e la riflessione, sia individuali che collettivi.

Promuovere spazi di espressione, riflessione e cura di sé, insieme a un sostegno organizzativo adeguato, può contribuire in modo significativo alla resilienza degli operatori e alla qualità delle cure erogate.

BIBLIOGRAFIA:

1. Kang, S., Kim, K., Kim, J., & Lee, S. (2021). Compassion fatigue and burnout among hospice and palliative care workers: A systematic review. *Palliative Medicine*, 35(5), 916-928.
2. Peters, L., Cant, R., Payne, S., O'Connor, M., McDermott, F., & Hood, K. (2012). How death anxiety impacts nurses' perceptions of caring for dying patients. *International Journal of Palliative Nursing*, 18(12), 591-597.
3. Sindair, S., Torres, M.B., Raffin-Bouchal, S., Hack, T.F., et al. (2016). Compassion training in healthcare: what are patients' perspectives on training healthcare providers? *BMC Medical Education*, 16, 169.
4. Rushton, C.H., Batcheller, J., Schroeder, K., & Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412-420.
5. Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER
AREA 04 • PSICOSOCIALE
ASPETTI SOCIALI



INDAGINE: GLI ASSISTENTI SOCIALI IN CURE PALLIATIVE IN LOMBARDIA

Ilaria Ripamonti¹, Lucilla Incarbone¹

¹Ordine Assistenti Sociali della Lombardia, Milano, Italia

SCOPO: Dal 2010 è operativo, presso il Consiglio Regionale dell'Ordine degli Assistenti Sociali, il Gruppo Lombardo della Rete Nazionale Assistenti Sociali Cure Palliative al quale partecipano Assistenti Sociali provenienti da diverse province lombarde (Como, Milano, Lecco, Cremona, Mantova, Monza Brianza, Bergamo, Brescia) che operano all'interno dei setting di cure palliative.

La finalità del Gruppo Assistenti Sociali Cure Palliative - ASCP è quella di evidenziare la rilevanza del ruolo professionale nei percorsi di Cure Palliative ed intraprendere un percorso di riflessione, confronto e condivisione di percorsi metodologici all'interno di un ambito lavorativo inedito e promuovere strategie che concorrano ad una maggiore integrazione tra l'ambito sanitario e quello sociale.

In questa prospettiva il Gruppo ASCP, tenuto conto del progressivo sviluppo delle cure palliative, non più esclusivamente rivolte a persone affette da malattia oncologica, ha coinvolto nel corso di questi ultimi anni Assistenti Sociali afferenti a servizi socio-sanitari e socio-assistenziali (RSA - Case di Comunità - Servizio Sociale Comunale) interessati a lavorare insieme in un'ottica di continuità assistenziale al fine di individuare e sperimentare percorsi di accompagnamento con i cittadini e le loro famiglie, nelle sempre più numerose situazioni di difficoltà in cui si trovano soprattutto nell'ambito della cronicità e delle malattie con prognosi infausta.

Lo scorso anno il Gruppo ASCP lombardo, all'interno della programmazione delle proprie attività, e a distanza di oltre 10 anni dalla prima ricognizione, ha ritenuto opportuno aggiornare lo stato dell'arte relativo alla presenza della figura dell'Assistente Sociale all'interno dei servizi delle reti locali di cure palliative.

L'indagine ha avuto un duplice scopo:

- far conoscere il Gruppo di Lavoro ASCP lombardo e la Rete Nazionale ASCP, le sue attività e i documenti realizzati nell'ambito della Società Italiana di Cure Palliative e dell'Ordine degli Assistenti Sociali della Lombardia;
- intercettare gli Assistenti Sociali afferenti ai setting di cure palliative al fine di proporre percorsi di formazione condivisi.

METODO: La ricognizione è stata effettuata per via telefonica da parte dei membri del Gruppo ASCP agli Assistenti Sociali operativi nei diversi setting di cure palliative lombardi.

L'intervista era anonima e non sono stati richiesti dati sensibili sia personali sia inerenti all'organizzazione nella quale il professionista opera.

È stata effettuata attraverso la somministrazione di un questionario che prevedeva domande a risposta multipla e domande aperte.

RISULTATI: Trai dati più significativi rilevati al termine dell'indagine si evidenzia come, rispetto ai setting nei quali si articolano le cure palliative, gli assistenti sociali sono per lo più operativi negli hospice, pari al 56% degli intervistati. La DGR 5918 del 2016 indica tale figura professionale quale criterio di accreditamento delle strutture residenziali per un monte ore settimanale di 35 minuti paziente/settimana.

Altro dato significativo rileva che l'assistente sociale partecipa all'équipe multiprofessionale (42%): ciò permette una presa in carico integrata tra i diversi bisogni che caratterizzano questa fase di vita del Paziente in un'ottica multidimensionale e interdisciplinare, peculiarità del modello organizzativo delle cure palliative.

CONCLUSIONI: In considerazione dell'ampliamento degli ambiti di assistenza delle cure palliative, l'assistente sociale è ingaggiata in percorsi di dimissioni protette di Pazienti in uscita dalla rete locale di cure palliative. Questi percorsi richiedono la creazione di reti e di rapporti collaborativi con i Servizi del territorio, sia socio-sanitari che socio-assistenziali, facilitando il passaggio da un setting di cura all'altro e consentendo al Paziente e alla sua famiglia di poter individuare il Servizio più appropriato alla propria condizione.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Legge 15 marzo 2010, n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.
- Delibera Regione Lombardia X/5918 del 28/11/2016, Disposizioni in merito alla evoluzione del modello organizzativo della rete delle cure palliative in Lombardia: integrazione dei modelli organizzativi sanitario e sociosanitario.
- Codice deontologico dell'Assistente Sociale (aggiornamento 2024).
- Core Curriculum dell'Assistente Sociale in Cure Palliative, SICP, 2013.
- Gruppo di Lavoro Assistenti Sociali in Cure Palliative della Lombardia, Il tempo che resta. Appunti di Servizio Sociale nelle Cure Palliative, CROAS Lombardia, 2018.
- Le reti sociali in supporto alla famiglia, Anna Maria Russo, intervento al XVII Congresso Nazionale SICP, Roma 2010.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PRESENZE CHE FA LA DIFFERENZA: L'ANIMA DELL'ASSISTENZA NEI PAZIENTI AFFETTI DA SLA

Antonino Petronaci¹, Federica Drago¹

¹Samot ONLUS, Palermo, Italia

SCOPO: La Sclerosi Laterale Amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa progressiva che colpisce i motoneuroni, portando gradualmente alla perdita della funzione muscolare volontaria, fino alla paralisi completa. Nonostante le capacità cognitive e sensoriali del paziente rimangano in gran parte inalterate, l'evoluzione della patologia impone un crescente bisogno di assistenza continuativa e altamente specializzata. In questo contesto, la figura dell'assistente familiare assume un ruolo centrale e insostituibile nella gestione quotidiana del paziente e nel supporto alla famiglia.

L'assistente familiare, comunemente conosciuto come badante, è una figura professionale – o semi-professionale – che opera principalmente in ambito domiciliare. Il suo compito non si limita all'aiuto pratico, ma comprende una molteplicità di funzioni di tipo assistenziale, relazionale e, in parte, sanitario. Nei pazienti affetti da SLA, il ruolo dell'assistente familiare si caratterizza per una particolare complessità, a causa delle specificità della patologia e dell'elevata intensità di cura richiesta.

METODO: Assistenza nelle attività quotidiane

L'assistente familiare aiuta il paziente in tutte le attività essenziali: igiene personale, alimentazione, vestizione, mobilità e gestione della casa. Con il progredire della malattia, il paziente perde gradualmente la capacità di eseguire anche i movimenti più semplici. L'assistente interviene quindi in modo sempre più intenso, fino a dover occuparsi anche di compiti delicati come l'alimentazione tramite sondino gastrico (PEG), l'aspirazione di secrezioni o la prevenzione delle piaghe da decubito.

Supporto nella comunicazione

Uno degli aspetti più drammatici della SLA è la progressiva perdita della capacità di parlare. L'assistente familiare, opportunamente formato, può supportare il paziente nell'uso di ausili per la comunicazione aumentativa e alternativa (CAA), come comunicatori vocali, tavolette alfabetiche o dispositivi a controllo oculare.

Monitoraggio dello stato di salute

Sebbene non sia un operatore sanitario, l'assistente familiare può svolgere un'importante funzione di monitoraggio quotidiano, segnalando tempestivamente cambiamenti nello stato di salute del paziente agli specialisti di riferimento (medici, infermieri, terapisti). La sua presenza continua lo rende un osservatore privilegiato, capace di cogliere anche piccoli segnali di allarme.

Supporto relazionale

La presenza empatica dell'assistente familiare contribuisce a mitigare l'isolamento del paziente e a offrire un sostegno emotivo concreto. Il rapporto che si instaura può diventare molto profondo, contribuendo al benessere psicosociale tanto del paziente quanto dei suoi familiari, spesso anch'essi provati dalla lunga e impegnativa convivenza con la malattia.

RISULTATI: Competenze e formazione

Persolvere efficacemente il proprio lavoro, l'assistente familiare necessita di:

- competenze di base nell'assistenza alla persona (igiene, mobilizzazione, alimentazione assistita);
- formazione specifica nella gestione delle malattie neurodegenerative;
- conoscenze tecniche relative all'uso di ausili sanitari e strumenti per la comunicazione;
- abilità relazionali e comunicative, indispensabili per costruire un rapporto di fiducia con il paziente e la famiglia;
- resilienza emotiva e gestione dello stress, data la complessità emotiva della situazione assistenziale.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



In Italia, la figura dell'assistente familiare non è ancora pienamente regolamentata a livello nazionale, ma esistono corsi di formazione regionali e certificazioni che possono qualificare il ruolo, rendendolo più professionale e integrabile nei percorsi sociosanitari.

Integrazione nel team di cura

La presa in carico di un paziente con SLA richiede un approccio multidisciplinare. L'assistente familiare, pur non essendo sanitario, è una figura chiave all'interno del team: è il "ponte" tra la famiglia e i professionisti sanitari. Una buona integrazione tra tutte queste figure è fondamentale per garantire continuità assistenziale, prevenire inutili ricoveri, e promuovere la qualità della vita del paziente.

CONCLUSIONI: La SLA è una malattia che cambia radicalmente la vita delle persone che ne sono colpite e delle loro famiglie. In questo difficile percorso, la figura dell'assistente familiare si rivela un supporto essenziale, non solo per l'aiuto pratico che offre, ma anche per il valore umano della sua presenza. Investire nella formazione, nel riconoscimento e nell'integrazione di questa figura all'interno dei percorsi di cura può rappresentare un passo decisivo per migliorare l'assistenza domiciliare e restituire dignità e qualità alla vita delle persone affette da SLA.

BIBLIOGRAFIA:

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. (s.d.). Linee di indirizzo per la definizione di percorsi assistenziali per i pazienti affetti da SLA. Recuperato da <https://www.agenas.gov.it>

AISLA. (s.d.). Associazione Italiana Sclerosi Laterale Amiotrofica – SLA. Recuperato da <https://www.aisla.it>

Borasio, G.D. (2011). Vivere con la SLA: guida alla malattia per pazienti, familiari e operatori. Milano: Franco Angeli.

European Federation of Neurological Societies. (2012). EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis. European Journal of Neurology, 19(3), 360–375. <https://doi.org/10.1111/j.1468-1331.2011.03501.x>

Fondazione Telethon. (s.d.). Sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Recuperato da <https://www.telethon.it>

INPS. (s.d.). Agevolazioni per caregiver e assistenti familiari. Recuperato da <https://www.inps.it>

Legge 5 febbraio 1992, n. 104. (1992). Legge-quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Ministero della Salute. (2016). Piano Nazionale delle Cronicità. Recuperato da <https://www.salute.gov.it>

Neri, A. (2020). La cura domiciliare nei pazienti con malattie neurodegenerative. Welfare Oggi, 1, 45–52.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L SETTING PERFETTO NON ESISTE, SI CREA. .UNCASEREPORT

Albert Cepa¹, Francesca Magnano¹, Erika Mozzato¹, Eliana Ivaldi¹, Paolo Rappa Verona¹, Elena Scarrone¹, Valeria Bossotti¹, Valentina Musso¹, Nadia Torchio¹, Flavio Salerno¹, Chiara Boero¹, Alessandra Cito¹, Delia Lavagnolo¹, Marcello Tucci¹, Francesco Pinta¹

¹ASLAT, Asti, Italia

SCOPO: Le Cure Palliative rappresentano un paradigma assistenziale che pone al centro la persona e i suoi bisogni globali, fisici, psicologici, sociali e spirituali, in un'ottica di rispetto dell'identità, dei valori e della storia individuale. Prendersi cura in un contesto domiciliare significa non solo entrare in uno spazio fisico, ma anche in un ambiente relazionale, spesso fragile, complesso, segnato da paure, resistenze e vissuti personali che possono condizionare l'alleanza terapeutica.

Ogni progetto assistenziale va pertanto costruito non applicando schemi rigidi, ma contrattando percorsi possibili con i pazienti e le loro famiglie, rispettando tempi, linguaggi e resistenze, cercandoli far emergere bisogni non espressi e restituendo dignità anche laddove inizialmente viene rifiutata ogni forma di cura.

Questo case report vuole sottolineare come, in Cure Palliative, non esista un percorso assistenziale "standard" valido per tutti, ma sia fondamentale saper leggere i bisogni profondi, espliciti o inespressi, di pazienti e famiglie, per poter pianificare un progetto di cura personalizzato e sostenibile.

METODO: Alfredo, un uomo di 87 anni, affetto da epatocarcinoma in fase avanzata, viene preso in carico dal Servizio di Cure Palliative Domiciliari nel gennaio 2025 su segnalazione dell'Oncologia ospedaliera. Alla presa in cura il paziente è vigile e orientato, autonomo, ma vive in condizioni di isolamento relazionale e ambientale insieme al figlio Piero, principale caregiver.

L'ambiente domestico appare fin da subito trascurato e degradato, segno di una fatica esistenziale e relazionale profonda. Le prime visite si scontrano con una netta resistenza sia da parte del paziente che del figlio: ogni proposta di intervento viene vissuta come invasiva, le terapie per il dolore non vengono somministrate adeguatamente, per scarsa compliance del caregiver.

Il figlio, infatti, condivide un'esperienza negativa legata all'assunzione di oppiacei, vissuta nel contesto del fine vita della madre. Questo episodio ha generato in lui sfiducia e opposizione nei confronti dei farmaci e di chi li propone.

RISULTATI: Il lavoro degli infermieri si focalizza sul piano relazionale prima che clinico: ogni accesso diventa occasione per creare vicinanza, ascolto e piccoli gesti di cura.

Un momento di svolta importante si verifica in sede domiciliare quando il figlio Piero, manifesta un dolore addominale intenso legato a stipsi. Gli infermieri accolgono il problema di Piero e lo aiutano a gestirlo contattando il medico curante. Questo intervento, semplice ma concreto, che risponde a un bisogno immediato, rappresenta un punto di rottura nel muro relazionale: il figlio inizia a fidarsi, a lasciarsi aiutare, a percepire la presenza degli operatori come risorsa e non come minaccia.

Da quel momento, un passo alla volta, il percorso di cura prende una nuova direzione: per quanto concerne la sfera igienico-alberghiera il paziente, fiducioso della cura erogata a suo figlio, permette che gli OSS inizino a frequentare il domicilio per l'igiene personale mentre il figlio acconsente e collabora alle pulizie del domicilio. Nella sfera clinica-assistenziale Piero accetta la somministrazione delle terapie per il dolore ad Alfredo, sempre meno autonomo e con un dolore non controllato.

Dato il peggioramento delle condizioni cliniche di Alfredo, grazie al aiuto dell'equipe, Piero riconosce i propri limiti assistenziali ed emotivi. Pertanto per garantire continuità e dignità di cura, viene dunque proposto ad Alfredo un ricovero in Hospice ad Aprile 2025, che diventa per lui una scelta necessaria e condivisa con il figlio.

CONCLUSIONI: Questo caso ci insegna quanto il lavoro in Cure Palliative non possa mai prescindere da un approccio flessibile, rispettoso e creativo. L'assistenza domiciliare ci mette a contatto con storie complesse, con case che raccontano fatiche e solitudini prima ancora che bisogni clinici. Non esiste un



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



percorso standard applicabile ovunque: bisogna saper “patteggiare” con i pazienti e con i loro familiari, contrattare interventi possibili, guadagnarsi lentamente uno spazio di fiducia.

Il lavoro di squadra di infermieri, medici e OSS ha consentito in questo caso di restituire dignità laddove sembrava impossibile entrare. Non sappiamo oggi quale sarà l'esito finale di questo percorso, ma sappiamo di aver lasciato un segno, di aver costruito una relazione autentica, di aver accompagnato, per un tratto, due persone nella loro solitudine e nella loro paura, offrendo cura anche dove non sembrava possibile.

Il caso di Alfredo insegna che il “setting perfetto” non è un luogo predefinito, ma è quello che meglio risponde, in quel momento, ai bisogni di quel paziente e della sua famiglia. Le cure palliative sono prima di tutto un percorso di umanità, relazione e flessibilità. La capacità di costruire un progetto assistenziale su misura rappresenta la vera essenza di questo approccio.

BIBLIOGRAFIA:

1. Sepulveda C., Martin A., Yoshida T., Ulrich A. Palliative care: the World Health Organization's global perspective. J Pain Symptom Manage. 2002.
2. WHO. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva: World Health Organization; 2018.
3. Costantini M., Beccaro M., Higginson I. Awareness of dying and clinical interventions in the last 4 weeks of life. Palliat Med. 2015;
4. Società Italiana di Cure Palliative (SICP). Manuale delle Cure Palliative. 2020.
5. Ministero della Salute. Linee guida per l'organizzazione delle cure palliative e della terapia del dolore. 2014.
6. Radbruch L, et al. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: Part 1 and 2. European Journal of Palliative Care. 2009.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CURE PALLIATIVE E PROVVEDIMENTI ASSISTENZIALI E PREVIDENZIALI PER MALATI E CAREGIVER. A CHE PUNTO SIAMO?

Roberta Vecchi¹, Annamaria Perino², Lorella Malteni³, Simone Veronese⁴, Vania Benetton⁵, Maria Teresa Ermanno⁶, Valentina Putzu⁷, Tania Picione⁸

¹ Centro di Formazione CPe CPP Franca Visintin, Duino Aurisina TS, Italia, ² Università degli Studi, Trento, Italia, ³ IRPPSCNR, Roma, Italia, ⁴ Fondazione FAROETS, Torino, Italia, ⁵ ADVARETS, Treviso, Italia, ⁶ Presidio Ospedaliero Azienda Sanitaria Friuli Occidentale ASFO, Pordenone, Italia, ⁷ Presidio Ospedale Infantile Regina Margherita OIRM Città della Salute e della Scienza, Torino, Italia, ⁸ SAMOTPa, Palermo, Italia

SCOPO: Enti e Società scientifiche di categoria hanno dato avvio a un progetto inter societario volto a definire un sistema di supporto trasversale nell'ambito dei percorsi assistenziali e previdenziali a favore dei malati con bisogni di cure palliative e alle loro famiglie caratterizzato da differenti obiettivi tra cui:

- o Messa a punto di una guida informatizzata per l'accesso alle prestazioni e benefici assistenziali di facile consultazione per malati e familiari;
- o Elaborazione di specifici format/modelli di certificazioni facilmente compilabili al fine di snellire le procedure;
- o Indagine sui caregiver i cui esiti possano divenire mezzo di Interlocazione con gli Enti previdenziali locali e nazionali al fine di tutelare al meglio i diritti delle persone fragili, ancor più se impegnate nel delicato e complesso tempo finale della vita.

METODO: Sono definiti 3 diversi Gruppi di lavoro laddove soggetti differenti con competenze diversificate hanno messo insieme le loro conoscenze e lavorato su:

1. Documento per consentire un veloce e comprensivo accesso ai benefici di legge per soggetti in CPe CPP;
2. Uno strumento che agevolasse i sanitari nella valutazione delle condizioni di aggravamento di soggetti affetti da tutte le patologie croniche degenerative;
3. Analisi dei bisogni diretti e indiretti dei Caregiver dei malati adulti e minori in cure palliative e simultaneous care.

RISULTATI: Il progetto ha prodotto i risultati di seguito indicati.

Primo Step

Il "Diritti al Centro", una guida alle tutele assistenziali, previdenziali e sociali spettanti alla persona malata in cure palliative e ai suoi familiari.

Si caratterizza da

È composta dalle seguenti parti:

1. "Perché una Guida" (Presentazione e motivazioni);
2. "Sono il Malato" (indicazioni per la persona in CP);
3. "Sono un Cittadino Straniero" (Informazioni sui diritti declinate nelle lingue delle comunità straniere maggior presenti in Italia);
4. "Assisto un Adulto" (indicazioni per la persona in CP);
5. "Assisto un Minore" (indicazioni per il familiare del minore in CP);
6. "Diritti e Scelte".

Ogni capitolo si avvale di una serie di rimandi tramite link e una sezione di approfondimenti.

La Guida è oggetto di una valutazione nazionale da parte dei fruitori (operatori, utenti) ed è visionabile sui siti di Enti e Società scientifiche di categoria.

Secondo Step

2. "Il Palcom Adattato", ovvero un certificato aggiuntivo, di facile compilazione, in grado di facilitare l'accertamento dei criteri di eleggibilità alle prestazioni assistenziali e previdenziali per i malati con patologia incurabile e/o inguaribili. Si tratta di una scheda che esplora gli elementi clinici ed emozionali che caratterizzano una persona affetta da una patologia, non solo oncologica, in fase avanzata e ne evidenzia con immediatezza il livello di complessità di cura.

Per approntare lo strumento sono stati presi in analisi differenti questionari:

1. Prognostic Indicator Guidance GSF (PIG-GSF);



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



2. Supportive and Palliative Care Indicators Tool (SPICTTM);
3. Radboud Indicators for Palliative Care Need (RADPAC);
4. NECPAL Tool;
5. IDC PAL
6. PALCOM Predictive Model of Complexity in Palliative Care.

Anche il Palcom Adattato è sottoposto ad una revisione di comprensione e fruibilità da parte dei sanitari preposti all'attestazione di gravità.

Terzo Step

Indagine "Caregivers dei malati in cure palliative. Bisogni, organizzazione, supporti, diritti".

Lo studio ha voluto dar voce a tutti quei caregiver che prestano volontariamente cure ad assistenza a un loro caro malato, portare alla luce eventuali possibili complessità e difficoltà incontrate da loro stessi e dai malati nell'accedere ai benefici previsti dalle vigenti normative in atto. Si tratta di uno studio di carattere sperimentale che ha coinvolto tramite un campionamento a valanga che ha impegnato 24 rilevatori e rilevatrici operanti in strutture/servizi dislocate in 5 regioni italiane (Piemonte, Veneto, Lombardia, Lazio e Sicilia).

Il questionario si sviluppa nelle sotto indicate aree:

1. Elementi socio anagrafici del familiare/caregiver della persona malata in carico alle Cure Palliative (CP) (12 domande);
2. elementi socio anagrafici del familiare/caregiver della persona malata in carico alle cure palliative pediatriche (CPP) (12 domande);
3. Elementi socio-anagrafici e sanitari della Persona malata (4 domande);
4. i bisogni del caregiver e i possibili interventi (2 domande e 7 approfondimenti);
5. Diritti di cui hanno beneficiato le persone malate (15 domande);

L'indagine, dopo una articolata fase di reclutamento dei rilevatori a cui ha fatto seguito una formazione per la somministrazione dello strumento, ha preso avvio l'1 novembre 2024 e si concluderà il 31 maggio 2025.

Oggi, complessivamente sono stati coinvolti 144 caregivers. I dati saranno sottoposti ad elaborazione con il package statistico SPSS.

CONCLUSIONI:

Il progetto intrasocietario, seppure ancora in itinere, ha prodotto delle belle sinergie collaborative che hanno avuto sempre a mente l'obiettivo primario ovvero i possibili benefici per il malato e il suo familiare per una presa in carico a 360 gradi.

BIBLIOGRAFIA:

Albert Tuca et al. "Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study)" Support Care Cancer (2018) 26:241-9.

Franzetti A, Guerroni A. Il medico di medicina generale e l'identificazione precoce dei pazienti con bisogni di cure palliative. SPICT e NECPAL confronto, in una popolazione selezionata di pazienti cronici in Regione Lombardia. Riv It Cure Palliative 2020; 22(1): 8-12. DOI 10.1726/3322.32924.

Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Villanueva A, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M, Constante C. Identifying patients with chronic conditions in need of palliative care in the general population: development of the NECPAL tool and preliminary prevalence rates in Catalonia. BMJ Support Palliat Care. 2013 Sep;3(3):300-8.

Hamano J, Oishi A, et al. Identified palliative care approach needs with SPICT in family practice: a preliminary observational study. J Palliat Med 2018; 21:992-998.

Llobera J, Sanso N, Ruiz A, et al. "Strengthening primary healthcare teams with palliative care leaders: protocol for a cluster randomized clinical trial". BMC Palliative Care 2018; 17:4.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



UNIVERSO INCLUSIVO: LA VOCE DI GIOVANI ADULTI IN CPP CHE DISEGNANO IL LORO FUTURO UNIVERSITARIO

Mariangela Rosa¹, Anna Santini¹, Valentina De Tommasi¹, Franca Benini¹

¹ UOCHospice Pediatrico, Centro Regionale Veneto di Cure Palliative e Terapia Antalgica Pediatrica, Dipartimento della Sa, Padova, Italia

SCOPO: Il mondo delle cure palliative pediatriche sta evolvendo dall'età pediatrica a quella del paziente giovane adulto. Pochi studi mostrano le progettualità identitarie dei ragazzi con malattia inguaribile con alta complessità assistenziale che si approcciano alle scelte universitarie e lavorative.

Questa ricerca vorrebbe colmare tale lacuna esplorando i punti di vista e le variabili psicosociali coinvolte nelle loro scelte universitarie.

L'obiettivo ultimo è evidenziare il ruolo cruciale della costruzione di una rete collaborativa tra il servizio di cure palliative pediatriche (aziende sanitarie del territorio) e l'università per favorire il raggiungimento dei loro sogni attraverso la completa autonomia (organizzativa e gestionale) di questi studenti con alta complessità clinico-assistenziale.

METODO: L'approccio è qualitativo e si basa sull'analisi di quattro casi di giovani adulti in carico presso un servizio di cure palliative pediatriche, che hanno esplicitato ai loro referenti clinici il desiderio di accedere all'università e richiesto un aiuto nella transizione dalla scuola dell'obbligo all'università. I dati sono stati raccolti tramite somministrazione di una breve intervista semi-strutturata composta da tre macro aree: motivazione ed identità, accessibilità fisica e gestionale, e benessere psicosociale, integrate con la revisione delle cartelle cliniche per contestualizzare le condizioni mediche e gestionali da far presente al contesto accademico. La letteratura internazionale e le Linee Guida CNUDD 2024 hanno fornito il quadro teorico per interpretare i risultati.

RISULTATI: L'analisi dei casi clinici ha rivelato un forte desiderio di partecipazione ed inclusione, ma anche frustrazione per la mancanza, ad oggi, di coordinamento tra servizi sanitari e università che garantisca sicurezza, soprattutto per quanto riguarda la gestione di emergenze sanitarie e degli ausili.

Complessivamente è emerso quanto il desiderio comune a tutti i giovani di intraprendere gli studi universitari è stato quello di poter ridefinire la propria identità oltre la malattia. L'università è vista non solo come un traguardo accademico, ma come un'opportunità per affermare la propria autonomia e sentirsi parte attiva della società. Questo bisogno di autolegittimazione riflette un'aspirazione comune a costruirsi un futuro che vada oltre i limiti imposti dalla loro situazione, coerentemente con il principio di dignità sancito dall'Articolo 3 della Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità.

Accanto alle necessità di aule prive di barriere architettoniche, accessibilità strutturale e ausili tecnologici per prendere appunti, emerge da parte di tutti i ragazzi una forte incertezza sulla continuità dei servizi assistenziali rispetto a quelli garantiti durante la scuola dell'obbligo. Alcuni hanno espresso la necessità di affrontare i temi legati al personale di assistenza. Questa esigenza sottolinea una lacuna percepita nella transizione tra contesti educativi, con il timore che la mancanza di adattamenti pratici possa compromettere la loro frequenza regolare.

Dal punto di vista emotivo e sociale, i ragazzi hanno manifestato sia speranze che timori. Da un lato, vedono l'università come un'occasione per costruire relazioni e superare l'isolamento spesso associato alla loro condizione di malattia; dall'altro, temono lo stigma e la difficoltà di integrarsi con i coetanei.

CONCLUSIONI: I risultati mostrano simultaneamente il desiderio dei giovani adulti in cure palliative pediatriche di perseguire i propri sogni universitari e la necessità di introdurre supporti personalizzati con l'obiettivo di rendere il loro futuro accademico autonomo e soddisfacente, compreso l'accesso e l'assistenza all'istruzione universitaria. Le loro parole esprimono un conflitto tra gli obiettivi individuali e i limiti esistenti, sollevando la prospettiva di creare un sistema che integri assistenza sanitaria, adattamenti accademici e supporto sociale. Per affrontare in modo proattivo e sistematico le esigenze dei nostri giovani adulti, questi argomenti forniscono agli operatori di cure palliative pediatriche che lavorano a loro supporto una base su cui sviluppare e proporre protocolli e progetti comuni tra CPP e università.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BIBLIOGRAFIA:

- Conferenza Nazionale Universitaria dei Delegati per la Disabilità (CNUDD).(2024). Linee Guida per l'inclusione degli studenti universitari con disabilità. Conferenza Rettori Università Italiane (CRUI).
- Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità. (2006). Articolo 3 - Principi generali. Disponibile su: <https://informareunh.it/la-convenzione-delle-nazioni-unite-sui-diritti-delle-persone-con-disabilita/>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SUONA LA CAMPANELLA, FACCIAMO L'APPELLO: ETS? PRESENTE CON I SUOI VOLONTARI!

Stefania Bullo¹, Franca Gazzoli¹

¹Fondazione AVAPOONLUS, Mestre, Italia

SCOPO: Sostegno a bambini/ragazzi affetti da patologia oncologica nella quotidianità della vita scolastica. Estensione dell'intervento di supporto ai compagni di classe.

Sostegno a bambini/ragazzi che risentono scolasticamente delle esperienze di vita familiare appesantita dalla presenza di un genitore o familiare colpito da problematiche oncologiche.

Offerta di supporto a docenti nell'affrontare la relazione con bambini/ragazzi affetti da gravi patologie inguaribili, situazioni di perdite e lutti.

Stipula di accordi tra l'ETS e gli Istituti Scolastici di Secondo Grado all'interno dei quali promuovere percorsi di cittadinanza attiva e solidale volti al recupero degli studenti interessati da provvedimento disciplinare.

Sensibilizzazione dei giovani verso l'importanza della solidarietà, del dono e dell'impegno sociale per una comunità attenta ai più fragili, inclusiva e accogliente.

Potenziamento nei ragazzi dello spirito di squadra al fine di coniugare il sano divertimento sportivo con la solidarietà.

Sensibilizzazione dei ragazzi circa l'importanza di una corretta alimentazione anche come forma di prevenzione della malattia oncologica e più in generale, della cura di sé.

Sensibilizzazione dei più giovani al rispetto dell'ambiente anche come forma di salvaguardia della salute.

METODO: Sinergia operativa stabilita tra i Docenti per Sempre dell'ETS, grazie ad un coordinamento costante e strutturato nel quale condividere informazioni, accogliere spunti e concordare attività.

Definizione di accordi tra ETS e istituzioni Scolastiche di ogni ordine e grado, in collaborazione con l'Ufficio Scolastico Regionale.

Inserimento di proposte educative formulate dall'ETS nei PCTO (Percorsi per le Competenze Trasversali e per l'Orientamento) di alcuni Istituti del territorio.

Inserimento delle proposte educative formulate dall'ETS negli Itinerari Educativi promossi dal Comune e offerti ai docenti delle scuole del territorio.

Collaborazione tra ETS, la sezione di Scuole in Ospedale e il reparto di Pediatria.

Organizzazione di eventi rivolti alla cittadinanza (mostre, atelier), realizzazione e consegna di piccoli doni e pensieri augurali nei momenti più significativi dell'anno, anche in collaborazione con Scuole e Azienda Sanitaria, al fine di sottolineare ed estendere l'importanza di donare qualcosa di sé per il bene comune.

RISULTATI: Costituzione di un gruppo denominato Docenti per Sempre che, in qualità di volontari, realizzano interventi concordati con gli insegnanti delle varie Scuole ed Istituti, contribuiscono a sensibilizzare i più giovani verso il valore e la bellezza del dono.

Costituzione di una rete di più di 200 docenti appartenenti a scuole di vario ordine e grado, che viene costantemente informato sulle iniziative promosse dall'ETS a favore delle scuole. Tramite questo canale, è possibile promuovere la conoscenza dei principi che regolamentano le Cure Palliative e la loro applicazione, soprattutto a livello locale.

Promozione degli obiettivi prefissi dall'Agenda 2030 (obiettivi: 4-12-17).

Raggiungimento delle famiglie degli studenti incontrati nelle scuole diffondendo, in questo modo, la conoscenza circa gli interventi assistenziali gratuiti garantiti dall'ETS.

Consolidamento all'interno del periodico associativo edito trimestralmente, di uno specifico spazio di intervento riservato ai docenti e agli interventi realizzati nelle scuole.

Interventi di una nutrizionista dell'ETS nelle scuole, a seguito di specifiche richieste di Istituti di Secondo Grado del territorio, per promuovere la conoscenza e l'importanza di corretti stili alimentari anche come forma di prevenzione.

Organizzazione di un torneo di calcio tra scuole a scopo solidale.

Realizzazione da parte degli studenti, di piccoli doni/biglietti augurali da donare, in modo anonimo, a persone in situazione di fragilità a causa della malattia.

Coinvolgimento degli studenti nella raccolta sistematica di tappi di plastica e di sughero con la finalità di destinare i proventi di questa attività, ai servizi assistenziali previsti per i più piccoli, nello specifico, al



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



trasporto sociale pediatrico ma soprattutto al fine di far sentire gli alunni protagonisti delle azioni di solidarietà e di comportamenti rispettosi dell'ambiente.

Effettuazione di una mostra di lavori prodotti dagli Istituti Scolastici del Territorio sul valore del Dono, collocata nell'atrio della principale struttura ospedaliera cittadina, rimasta aperta e presidiata da volontari dell'ETS, durante tutto il periodo natalizio. Ai visitatori sono stati offerti in dono dei biglietti augurali realizzati dagli studenti.

CONCLUSIONI: La costituzione di un gruppo di docenti all'interno dell'ETS ha favorito la richiesta di intervento mirato per sostenere le situazioni di alunni in difficoltà scolastica a causa della malattia. La presenza nella scuola di queste figure specifiche ha agevolato le relazioni tra compagni alterate spesso da una frequenza altalenante, dei ragazzi malati.

Grazie alla presenza nelle scuole, si è venuti a conoscenza di situazioni familiari che potevano necessitare di uno o più interventi assistenziali offerti dall'ETS. In particolare si è trattato di famiglie con scarsa conoscenza della lingua italiana e poca dimestichezza con la burocrazia italiana che hanno conosciuto in questo modo, nuove opportunità di aiuto.

Numerosi docenti hanno percepito le iniziative promosse dall'ETS come un'opportunità per sviluppare con i propri studenti temi di grande impatto e valore etico superando la reticenza ad affrontare argomenti spinosi e difficili quali ad esempio, la malattia/perdita di un compagno di classe o del familiare di uno studente.

A questo proposito, sono emerse delle specifiche richieste di intervento da parte di insegnanti in difficoltà in quanto non si sentivano adeguatamente formati o pronti di fronte a queste situazioni, tanto da attuare talvolta atteggiamenti di evitamento. Si pensa pertanto, di promuovere in maniera sistematica, un'offerta mirata anche a questa problematica.

Inoltre, nella relazione instaurata con le Scuole, è stato possibile formulare agli Istituti di Secondo Grado, delle proposte di "recupero sociale" per studenti soggetti a sanzioni disciplinari a causa di comportamenti inadeguati.

Tutte le attività organizzate in questo ambito hanno avuto lo scopo di sensibilizzare e coinvolgere le nuove generazioni, cittadini del futuro, al valore del volontariato per contribuire ad avere una società civile che sappia farsi attenta alle problematiche delle fasce più deboli della popolazione a causa della perdita della salute, accogliendo i bisogni ed intervenire anche donando il proprio tempo.

BIBLIOGRAFIA: Obiettivi di Sviluppo Sostenibile dall'Agenda 2030



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SOLLEVAMO IL VELO: GLI ADOLESCENTI RACCONTANO MALATTIA E MORTE

Roberta Vecchi¹, Valentino Fenaroli², Mariella Orsi³, Andrea Variara⁴, Manuela Di Fatta⁵, Manuela Volpe⁶

¹ Centro Formazione CPe CPPF: Visintin, Duino Aurisina Ts, Italia, ² Il Mantello ODV, Mariano Comense Co, Italia, ³ File, Firenze, Italia, ⁴ Fondazione Luce per la Vita, Torino, Italia, ⁵ Samot, Palermo, Italia, ⁶ Sulle Ali ODV, Varese, Italia

SCOPO: Un Ente di secondo livello, per favorire la più ampia partecipazione degli Enti Soci al dibattito, confronto e apprendimento su temi di particolare rilevanza e interesse nell'ambito della realtà del fine vita, all'interno del Piano Strategico per le attività da attuare nel biennio 2024–2026, ha costituito i “Gruppi di Interesse Tematico” GIT, intesi come un insieme di persone che lavorano temporaneamente su progetti finalizzati al raggiungimento di specifici obiettivi con il compito di presentare e sviluppare proposte nell'ambito di specifiche aree tematiche individuate con una survey.

Tra questi si concretizza il progetto Death Information (DeIn) che ha l'obiettivo di promuovere delle attività informative ed educative rivolte alla popolazione, in particolare quella giovanile, al fine di diffondere una diversa cultura dell'evento morte. Di primo acchito aderiscono 22 Associazioni, espressione della volontà di portare alla luce temi che ancor oggi sono nascosti da un velo di silenzio, paura, reticenza. Prende così avvio un momento di conoscenza, di confronto costruttivo, di ricerca per rendere concreti e operativi gli elementi progettuali del GIT-Death Information. (GIT DeIn).

“Sopravvivono” cinque soggetti rappresentanti di differenti Enti che individuano i seguenti obiettivi o

Sostenere la Scuola, comunità educante privilegiata, per generare consapevolezza, resilienza, responsabilità e partecipazione sociale sul tema del Fine Vita;

- o Promuovere iniziative informative e formative per costruire una Cultura che accolga l'esperienza della perdita e del lutto rivolte, con particolare attenzione, al mondo della Scuola, quale “luogo di sintesi” in cui confluiscono diverse problematiche;
- o Favorire attività che coinvolgono gli Enti TS affinché sensibilizzino i giovani verso una nuova cultura che rimuova il tabù della Morte.

METODO: MATERIALI E METODI

Queste le azioni avviate per dare corpo al progetto:

- o Produrre una analisi della letteratura e/o del materiale pre-esistente
- o Coinvolgere degli Enti TS e raccogliere le adesioni, individuare i Rilevatori e fornire strumenti di uniformità dello studio
- o Elaborare il questionario comprensivo di 30 domande di tipo sia quantitativo che qualitativo
- o Tessere collaborazioni con i Dirigenti scolastici e raccogliere le adesioni degli Istituti Scolastici e le relative autorizzazioni genitoriali laddove necessario
- o Somministrare il questionario informatizzato
- o Procedere con l'analisi statistica dei risultati tramite la collaborazione dell'Università di Siena
- o Predisporre un documento di sintesi e riflessione
- o Divulgare e presentare i risultati agli Enti di interesse (Dirigenti Scolastici, Associazioni, Società Scientifiche, Uffici Scolastici regionali, etc.)

Hanno aderito al progetto

- o 19 Enti del TS dislocati nelle Regioni: 2 Friuli Venezia Giulia, 1 Liguria, 5 Lombardia, 2 Piemonte, 1 Puglia; 1 Sicilia; 2 Umbria; 2 Toscana; 3 Veneto
- o 36 Rilevatori formati
- o 29 scuole
- o 92 classi coinvolte così ripartite
- o Licei: Artistico 2, Classico 6; Linguistico 7; Scientifico 16; Scienze umane 10
- o Istituti Tecnici: Settore Economico 15; Settore Tecnologico 17
- o Istituti professionali: 19
- o 1274 ragazzi con una età compresa tra i 16 e 19 anni.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

RISULTATI: RISULTATI

L'indagine ha raccolto 38.220 risposte di cui 7.644 di tipo qualitativo ora in fase di elaborazione statistica

CONCLUSIONI: CONCLUSIONI

Si prevede la stesura di un documento di sintesi del progetto e di presentazione di un modello per realizzare interventi presso le scuole secondarie di primo e secondario grado sviluppato grazie alle indicazioni dei giovani stessi

Il testo, che si avvale di esperti e qualificati pedagogisti, psicologi e sociologi prevede i seguenti capitoli:

- o I giovani e la loro condizione di vulnerabilità con Letture di approfondimento (riferimenti bibliografici)
- o Il senso della Morte in Adolescenza. Scoperta della caducità con Letture di approfondimento (riferimenti bibliografici)
- o Solleviamo il velo: perché, quando, come
- o Diamo i numeri (analisi statistica)
- o La Proposta "Modello Moodboard 2025 MMB 2025 "Solleviamo il velo" (*)
- o Per conoscerli un po' di più (1. Cosa ci raccontano... 2. Cosa leggono... guardano... ascoltano...)
- o Un'esperienza. Un Dialogo fra Adolescenti

Le attività che seguiranno prevedono:

- o Death Information presso le Scuole per presentazione degli esiti dello studio e del "Modello di intervento
- o Azioni di sensibilizzazioni dei giovani per mezzo del Modello Moodboard 2025"
- o Azioni di promozione presso gli Organismi preposti per dare avvio all'ora di "servizio sociale civile" dei giovani presso le Reti locali di Cure Palliative.
- o Azioni di informazione e sensibilizzazione al corpo insegnante per smuovere le loro reticenze e promuovere una nuova cultura così come auspica da oltre 15 anni la nota legge 38.10

(*) *MoodBoard Utilizzazione di immagini, testi, ecc, per evocare o rappresentare lo stile di un particolare progetto

BIBLIOGRAFIA:

Lancini M. Chiamami adulto Ed. Cortina, 2025
Lizzola I. Aver cura della vita. Dialoghi a scuola sul vivere e sul morire, Ed. Castelveccchi, 2021
Lancini M. Cosa serve ai nostri ragazzi Ed. Utet, 2020
Mancaniello M.R. Per una pedagogia dell'adolescenza, Pensa Multimedia, 2018
Fomasier P., Capodice S. L'elaborazione del lutto negli adolescenti in Orientamenti Pedagogici vol 61, n. 1, gennaio Ed Erickson, 2014,
Ronchetti F. Non lasciarmi solo. L'adolescente di fronte al lutto. Ed. Paoline 2013
Oliviero Ferraris A. et al. Chiamarsi fuori. Ragazze che non vogliono più vivere. Ed. Giunti, 2009
Tatarelli R. Pompili M. La prevenzione del suicidio in adolescenza Ed. Alpes Italia, 2009
Pietropolli Chamet G. I nuovi adolescenti. Padri e Madri di fronte ad una sfida Ed. Cortina, 2000

SITOGRAFIA

www.solimainsieme.it
www.senzadite.org



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



THE CIRCLE OF LIFE' IL CARTONE ANIMATO COME STRUMENTO APPLICATO PER LA DEATH EDUCATION.

Sofia Gallo Affitto ¹

¹ SAMOTONLUS, Palermo, Italia

SCOPO: È noto quanto sia complesso e 'scomodo' affrontare il tema della morte soprattutto con le cosiddette nuove generazioni, ma sappiamo anche quanto sia importante elaborare percorsi educativi differenziati rivolti ad esse, incentrati sul tema della morte e del fine vita. I bambini e i soggetti considerati all'interno della preadolescenza e dell'adolescenza, sono in possesso di tutti gli strumenti necessari per elaborare ad accettare la morte e più in generale i vissuti di sofferenza, ma è necessario elaborare strategie educative affinché tali esperienze siano vissute come eventi naturali che fanno parte della vita di tutti noi, mettendo in atto metodologie inclusive, innovative ed efficaci come l'utilizzo dei cartoni animati.

METODO: I cartoni animati rappresentano uno strumento efficace di comunicazione universale, un vero e proprio strumento educativo che permette di focalizzare l'attenzione, rendere accessibili e facilitare la comprensione di concetti complessi, quali ad esempio quelli connessi al fine vita e più in generale quelli legati alla sofferenza, un universo talvolta inesplorato proprio per le complessità determinate dall'approfondimento di tali tematiche. I cartoni quindi rappresentando uno strumento metodologico trasversale.

L'esperienza condivisa con una classe scolastica di circa 30 minori compresi tra i 4 e i 5 anni ha permesso di affrontare il tema della morte e della sofferenza, scegliendo come strumento il cartone animato 'Il Re Leone'. Il cartone tratta il tema del ciclo della vita ed è stato scelto per far sì che il tema della morte e della sofferenza non fossero affrontati in modo isolato, bensì come parte della vita stessa.

Tale scelta metodologica ha permesso infatti di affrontare il tema della morte, della perdita e della sofferenza, seguendo un vero e proprio percorso graduale, grazie all'utilizzo del cartone che è stato per tale ragione scorporato e utilizzato come facilitatore per affrontare ad ogni incontro un argomento diverso, oltre che per evitare un uso eccessivo del dispositivo digitale. Le micro aree tematiche, nonché categorie affettive scelte, sono state: la felicità e la nascita, la rabbia e il conflitto, la paura e il cambiamento, la perdita e il sollievo.

Iniziare il percorso partendo dai temi positivi quali la nascita e la gioia ha avuto la funzione di stimolare e coinvolgere i partecipanti.

Gli argomenti attraverso cui il ciclo della vita è stato affrontato sono stati sempre ripresi ad ogni incontro, per marcare il senso del percorso che si stava affrontando, nonché la circolarità e per ribadire che il percorso di vita prevede vissuti di natura positiva e negativa e che essi in quanto tali vanno affrontati ed elaborati, oltre che accendere stati emozionali che afferiscono al bisogno di continuità proprio del soggetto.

Ogni argomento trattato tramite la visione del cartone è stato accompagnato da attività laboratoriali di vario genere con l'obiettivo di approfondire i temi stessi e sviluppare le capacità e le competenze trasversali individuali.

La scelta metodologica è stata elaborata dai conduttori attraverso un'analisi ex ante degli aspetti concernenti la progettualità da realizzare. Gli stessi hanno rivisto la stessa mediante valutazioni in itinere e il monitoraggio circa l'attività svolta e gli aspetti emersi dalla realizzazione della stessa.

RISULTATI: Dall'esperienza emerge quanto la condivisione attraverso uno strumento trasversale come il cartone sia efficace per affrontare argomenti considerati a tutt'oggi dei tabù.

Ogni incontro si è trasformato in un ambiente stimolante, un vero e proprio spazio-tempo di condivisione, in cui i piccoli partecipanti hanno avuto modo di sperimentare il coinvolgimento multisensoriale, attraverso la combinazione di immagini, suoni e narrazioni. Questi ultimi hanno stimolato e favorito la libera espressione dei soggetti coinvolti rispetto al loro essere, ai loro vissuti personali, ai loro interrogativi, alle loro paure ma anche alle loro certezze.

Tale percorso ha permesso inoltre di focalizzare l'attenzione anche sull'utilizzo consapevole dei mezzi di comunicazione, aspetto su cui oggi si dibatte spesso soprattutto per l'infanzia e l'adolescenza.

La medesima attività ha rappresentato un contesto favorevole in cui sperimentare anche esperienze di educazione emotiva, ponendo l'attenzione sullo sviluppo da parte dei partecipanti in merito alle loro



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



capacità di riconoscimento e gestione delle proprie emozioni, aspetti considerati fondamentali per il benessere del soggetto.

I partecipanti inoltre hanno avuto modo durante il percorso di elaborare e poi esprimere riflessioni interiori che hanno poi esternato e condiviso con il gruppo. Queste riflessioni, insieme alle reazioni ed emozioni emerse lungo il percorso, nonostante talvolta siano state complesse nella gestione in quanto spiacevoli, hanno dato prova dell'avvenuta comprensione ed elaborazione degli aspetti oggetto degli incontri.

CONCLUSIONI: È importante sottolineare che i percorsi di death education rappresentano delle modalità attraverso cui è possibile non solo accettare l'evento morte e quindi la sofferenza, ma rappresentano anche uno strumento attraverso cui favorire la crescita culturale sul tema delle cure palliative, aspetto che interessa tutti i professionisti che a vario titolo sono impegnati nella presa in carico dei bisogni di cure palliative, all'interno sia delle aziende pubbliche, ma anche presso enti e servizi del terzo settore.

La legge 38/2010 inoltre com'è noto prevede la realizzazione da parte delle istituzioni demandate di interventi in ambito comunicativo rivolti alla cittadinanza in riferimento alle cure palliative. Fornire alla collettività percorsi uniformi per il territorio nazionale attraverso cui la cittadinanza non solo conosce le cure palliative, ma apprende strategie attraverso cui riconoscere e gestire i bisogni ad esse connessi, rappresenta la via per garantire alla popolazione la migliore qualità di vita possibile attraverso lo sviluppo dell'empowerment individuale, organizzativo e di comunità, così come teorizzò Zimmerman.

BIBLIOGRAFIA:

2015, Testoni I., 'L'ultima nascita' Psicologia del morire e death education, Bollati Boringhieri

2018, Floriani M., Testoni I., 'Non ho più paura. Un percorso di death education con i bambini', EMPEdizioni
Messaggero Padova

1995, Perkins, Douglas & Zimmerman, Marc. 'Empowerment theory, research, and application' American
journal of community psychology 23.569-79.

2016, Lhas A., 'Il Buco', Gribaudo

2020, Corrente Suter E., 'Le parole per dirlo', La Meridiana

2012, Varano M., 'Come parlare ai bambini della morte del lutto', Claudiana



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DELL'ASSISTENTE SOCIALE IN CURE PALLIATIVE TRA OSPEDALE E TERRITORIO: ANALISI DELL'ATTIVITÀ

Annamaria De Caria¹, Chiara Provasoli², Alessandro Ripicini², Martina Giachello², Carlotta Pavesi³, Chiara Poggio², Luca Cullia⁴, Francesca Paragalli², Prisca Elgomi Basevi⁵, Ana Maria Zuniga Guerrero⁵, Annalisa Saetta⁵, Laura Velutti⁵

¹Servizio di Continuità delle Cure, DMS, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ²Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ³Servizi Assistenziali, Area Cancer Center, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia, ⁴Csa Cooperativa Servizi alla Persona, Bergamo, Italia, ⁵UO di Oncologia Medica ed Ematologia, Unità di Cure Palliative Domiciliari, Humanitas Research Hospital, Milano, Italia

SCOPO: Tra le professioni d'aiuto quella dell'assistente sociale ha il compito di mettere al centro del proprio operato la qualità della vita delle persone come parte del tessuto sociale al fine di promuovere il benessere individuale e della comunità. L'assistente sociale nell'ambito delle cure palliative analizza i bisogni, le fragilità e le necessità assistenziali, aiuta i pazienti ed i loro caregiver nella scelta del setting di cura più adeguato, fornisce informazioni in merito ai servizi territoriali. Grazie all'ascolto attivo e tramite la collaborazione tra diverse figure professionali si costruiscono gli strumenti per un'assistenza personalizzata e adeguata alle necessità del paziente. I cambiamenti sociali e l'attuale evoluzione del tessuto sociale evidenziano l'esigenza di una maggiore attenzione alle situazioni di fragilità. In uno scenario di bisogni complessi multidimensionali, è necessaria una concertazione tra le diverse figure professionali coinvolte nella traiettoria clinica e socio-assistenziale della persona.

Obiettivo della nostra analisi è stata l'attività della assistente sociale presso la Unità di Oncologia ed Ematologia e la Unità di Cure Palliative del nostro Istituto, un policlinico universitario posto in una area metropolitana del nord Italia. Questo per i principali bisogni che emergono durante il percorso di dimissione protetta e quelli dei pazienti seguiti a domicilio. Il ruolo dell'assistente sociale è volto in particolare alla continuità delle cure dall'ospedale verso il territorio o verso strutture hospice e dal setting domiciliare verso l'hospice. L'assistente sociale in questi contesti aiuta la famiglia ed il paziente ad orientarsi nella scelta del setting di cura più adeguato, fornisce informazioni in merito ai servizi territoriali, contemperando i bisogni, le fragilità e le necessità assistenziali.

METODO: Nella nostra organizzazione esiste una articolazione della Direzione Sanitaria che è il Servizio di Continuità delle Cure (SECC) costituito da assistenti sociali. Ogni assistente sociale ha la competenza su un'area del nostro Istituto.

Abbiamo analizzato i dati relativi alle segnalazioni verso il SECC da parte della nostra Unità di Oncologia ed Ematologia il biennio 2023-2024.

Abbiamo preso in esame il numero di pazienti segnalati all'assistente sociale sul numero complessivo di pazienti ricoverati, sono stati valutati i bisogni e le relative scelte rispetto al setting più adeguato alla prosecuzione delle cure (assistenza domiciliare vs hospice).

Inoltre abbiamo analizzato le azioni e gli interventi dell'assistente sociale in favore dei pazienti seguiti dalla Unità di Cure Palliative Domiciliari.

RISULTATI: Nel biennio in analisi è stata richiesta una valutazione da parte dell'assistente sociale nel 17% dei pazienti ricoverati (582 pazienti su 3354 ricoveri). L'analisi dei dati mostra che il bisogno prevalente riguarda la necessità di attivazione di un programma assistenziale di cure palliative: sono stati avviati alla dimissione 300 percorsi di cure palliative in 582 pazienti (51%), di cui 196 percorsi verso un servizio di cure palliative domiciliari e 104 percorsi verso un ricovero in hospice (rispettivamente il 65% ed il 35% dei casi). Altri bisogni hanno trovato risposta attraverso l'attivazione dei servizi prestazionali tipo ADI e il supporto alla prescrizione e fornitura di ausili (21%), i restanti casi sono stati gestiti fornendo informazioni ed indirizzando ad eventuali altri servizi territoriali.

Nello stesso intervallo temporale la necessità di intervento dell'assistente sociale si è avuta in circa il 20% dei pazienti in carico al nostro servizio in cure palliative domiciliari (43 su 210), con un totale di 79 prestazioni eseguite.

Dall'analisi emerge che il bisogno prevalente è la richiesta di trasferimento in hospice (53% - 23 pazienti), segue la necessità di informazioni in merito ad invalidità, servizi territoriali, tutela e curatela, diritto dei lavoratori (18% - 8 pazienti).

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

Inoltre l'assistente sociale si interfaccia nei due setting con la équipe per la fornitura ausili: in particolare con gli specialisti palliativisti per la prescrizione tramite i canali regionali in pazienti con invalidità civile e con gli infermieri per la richiesta ad enti del terzo settore che operano sul nostro territorio.

Nel periodo di tempo indicato 126 pazienti hanno avuto la fornitura di un ausilio tramite questi canali.

CONCLUSIONI: Nella nostra esperienza, nel periodo indicato, il setting di cura maggiormente scelto alla dimissione è stato il domicilio: questa volontà è risultata essere maggiormente espressa dai familiari.

Sono emersi frequentemente dei pregiudizi rispetto ad un ricovero in hospice. Abbiamo rilevato che l'hospice viene frequentemente associato solo ad un luogo in cui la persona malata termina la propria vita, e velocemente, quasi come se fosse il luogo a determinare la prognosi. Abbiamo coerentemente a ciò osservato che in taluni casi la scelta del domicilio come luogo per attivare le cure palliative è più motivata da scarsa accettazione o consapevolezza dello stadio della patologia e della prognosi che da altri fattori.

Per quanto riguarda il setting domiciliare la nostra analisi evidenzia che la maggior parte dei percorsi assistenziali nel nostro contesto si è conclusa al domicilio, tuttavia una parte dei pazienti prosegue le cure palliative cambiando setting, con un ricovero in hospice. In questi casi abbiamo evidenziato elementi di difficoltà da parte di pazienti e caregivers nella gestione e organizzazione delle cure a casa, una stanchezza emotiva, una fragilità economica.

Abbiamo osservato inoltre diverse difficoltà in entrambi i setting da parte dei caregivers nell'affrontare snodi burocratici (riconoscimento della invalidità, permessi lavorativi per l'accudimento del congiunto).

In conclusione l'assistente sociale ha il ruolo di mediare tra i bisogni espressi e le risorse (anche informative) a disposizione del paziente e della famiglia. L'attività è più efficace quando si verifica una integrazione tra diverse figure professionali coinvolte: medici, infermieri, psicologici. Ciò permette al paziente e alla sua famiglia di porre in atto scelte più consapevoli che meglio corrispondono ai bisogni.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



DOLORE E COLORE

Maria Rosaria Iacono¹, Francesca Cremonesi¹, Benedetta Franchi¹, Carmelo Collemi¹, Federica Badini¹, Silvia Coldesina¹

¹ASST Lodi, Lodi, Italia

SCOPO: Questo abstract racconta di mostre.

Una mostra, cioè una finestra su un mondo interno, quello di Valentina, fatto di ombre, colore, dolore, amore, da cui emerge un bisogno importante: quello di mostrare la propria arte, una parte importante di sé, e di lasciare una traccia che rimanga, sua e per il proprio figlio.

Un'equipe, che quel bisogno lo coglie, che si attiva per renderlo reale, e una rete che risponde e concretamente rende tutto possibile.

E poi la realizzazione della mostra effettiva. 'Dolore Colore', gennaio 2025.

Valentina era una giovane donna, mamma e artista professionista a tempo pieno, specializzata in ritrattistica iperrealista. È stata seguita dalle Cure Palliative Domiciliari per alcuni mesi fino al decesso avvenuto il 29/01/2025.

Per tutta la durata della presa in carico il sintomo del dolore è sempre stato difficile da controllare: Valentina viveva con i genitori e con il figlio di 7 anni e voleva essere il più attiva e lucida possibile per poter trascorrere ogni minuto insieme a lui.

Com'è modalità di autocura per il dolore utilizzava la pittura: 'Ognuno di noi ha un dono da utilizzare per superare le difficoltà. Io ho usato i colori'.

Da qui l'idea nata dal desiderio di regalare a Valentina qualcosa che potesse andare oltre al dolore, qualcosa di bello a cui dedicare il suo tempo e i suoi pensieri, qualcosa che potesse appartenere e che la rappresentasse e che potesse distrarla dalla condizione di sofferenza costante che scandiva ogni momento della sua vita.

Realizzare una mostra dei suoi quadri avrebbe permesso a Valentina di continuare a considerarsi un'artista nonostante la malattia e, al tempo stesso, le avrebbe consentito di essere ricordata come tale anche dopo la morte.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



MOSTRA D'ARTE

"DOLORE COLORE"

di Valentina XXXXXX

c/o Sala Consiliare
Comune di XXXXXXX
Piazza XXXXXX



17.01.2025 dalle 9.30 alle 12.30
18.01.2025 dalle 9.30 alle 12.30
19.01.2025 dalle 9.30 alle 12.30
22.01.2025 dalle 15.00 alle 17.00

METODO: L'idea della mostra è nata dalla sensibilità dell'infermiera di riferimento di Valentina, che ha condiviso con l'equipe (responsabile, assistente sociale etc.) l'ipotesi. Una volta appurata la fattibilità si è condivisa la proposta con Valentina, che ha dato con entusiasmo il suo assenso, chiedendo di poter presenziare un giorno all'evento.

Per la realizzazione della mostra sono state attivate sia reti formali che informali:

- Il Comune di residenza di Valentina, (Sindaco e Consigliere Comunale) che ha dato la disponibilità dello spazio all'interno del Municipio e che si è occupato dell'allestimento e dell'organizzazione (orari e giornate di apertura, promozione dell'evento etc.);
- la Protezione Civile che ha messo a disposizione alcuni volontari per accompagnare Valentina;
- la Croce Rossa che ha fornito una sedia portantina scendiscale per il trasporto di Valentina;



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



- il personale sanitario delle Cure Palliative Domiciliari (infermiera, fisioterapista) che ha assistito Valentina il giorno in cui ha presenziato alla mostra;
- la scuola elementare del comune di residenza frequentata dal figlio di Valentina, che ha organizzato un'uscita didattica per tutto il plessoscolastico;
- la scuola dell'infanzia del comune di residenza che aveva frequentato il figlio di Valentina, che ha organizzato un'uscita didattica;
- l'equipe delle Cure Palliative Domiciliari che ha realizzato la locandina dell'evento e una presentazione dello stesso attraverso le parole di Valentina;
- la stampa locale che ha scritto articoli per pubblicizzare l'evento;
- Valentina stessa che, con il supporto dei genitori, ha scelto in prima persona i quadri da esporre e ha messo a disposizione un quaderno per raccogliere le impressioni dei visitatori.

RISULTATI: La mostra intitolata 'Dolore colore' è stata realizzata dal 17/01/2025 al 22/01/2025 presso la Sala Consiliare del Comune.

Valentina aveva espresso il desiderio di non rendere nota la sua situazione clinica, pertanto ha scelto di presenziare alla mostra durante un momento di chiusura al pubblico.

L'affluenza di visitatori è stata elevata in tutte le giornate; era stato ipotizzato di prolungare il periodo di apertura ma le condizioni di salute di Valentina non lo hanno permesso.

Per Valentina veder realizzata la sua mostra ed essere riuscita a presenziarvi ha rappresentato la concretizzazione delle sue parole: 'Dolore colore nasce dalla speranza di riuscire ad esorcizzare con colore e bellezza ciò che di brutto ci accade (...) anche quando sembra che non ci sia speranza, io credo fortemente che, in fondo, ci sia sempre.'

CONCLUSIONI: L'attenzione al bisogno di un paziente in fase terminale è un requisito fondamentale per realizzare progetti che influiscano positivamente sulla qualità di vita percepita dal paziente stesso.

Affinchè ciò avvenga è importante che la rete si attivi verso il medesimo obiettivo. Quando si getta un sasso in acqua i cerchi concentrici e le onde si espandono, allo stesso modo quando si coglie un bisogno e si definisce un obiettivo comune, tutte le realtà coinvolte possono attivarsi e contribuire alla sua realizzazione. 'Dolore colore' rappresenta un esempio di come ciò sia possibile.

Di recente il Comune di nascita di Valentina ha manifestato il desiderio di riproporre la stessa mostra. In questo modo Valentina continua a essere presente anche attraverso le sue opere.

BIBLIOGRAFIA:

- Cipolla, C., Fiocco, P. M., & Troiani, M. Qualità della vita e qualità della morte. L'esperienza del servizio di assistenza domiciliare oncologica dell'Ulss, 20.
- Mandalà, A., & Re, L. G. (2014). La qualità di vita nelle cure. Il riordino del Servizio Socio Sanitario Lombardo, 14.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'APPROCCIO OLISTICO TRA MATERNITÀ E CURE PALLIATIVE: GESTIONE OLISTICA DI UNA PAZIENTE ONCOLOGICA CON UN FIGLIO MINORE

Fara Fornarelli¹, Albero Coriero^{1,2}, Angela Preziosa², Cinzia Di Venosa², Mariangela Giglio^{1,2}, Tommaso Fusaro³, Filomena Puntillo^{1,2}

¹Dipartimento Interdisciplinare di Medicina, Università degli Studi di Bari, Bari, Italia, ²Centro di terapia del dolore cure palliative, Policlinico di Bari., Bari, Italia, ³Hospice Aurelio Marena, Bitonto (BA), Bari, Italia

SCOPO: Introduzione: La presa in carico di pazienti oncologici in fase avanzata con figli piccoli presenta sfide uniche e complesse nell'ambito delle cure palliative. Oltre alla gestione dei sintomi fisici ed emotivi della malattia, è cruciale considerare l'impatto sulla dinamica familiare e il benessere del bambino. Questo case-report descrive l'approccio multidisciplinare adottato per una paziente madre affetta da un tumore delle tonsille con un figlio di 6 anni, evidenziando le strategie implementate per garantire una cura olistica che supportasse sia la paziente che il suo nucleo familiare.

METODO: Caso Clinico: Presentiamo il caso di Stefania, 40 anni, italiana, affetta da carcinoma squamoso della tonsilla HPV-correlato con metastasi epatiche e polmonari, giunta alla nostra attenzione nell'ottobre 2024 per la gestione dei sintomi legati alla progressione della malattia. Era stata precedentemente trattata con chemioterapia, radioterapia ed immunoterapia.

Presentava dolore all'emitorace sinistro e al fianco sin., descritto come acuto, a tipo "pugnalata", più volte al giorno. Dopo vari tentativi analgesici sistemici (morfina, ossicodone/naloxone, gabapentin, fentanyl, ketorolac), è stata sottoposta a port-a cath intratecale con infusione di ziconotide, levobupivacaina e morfina, che ha garantito un buon controllo della sintomatologia algica per circa tre mesi.

A gennaio 2025, la paziente ha presentato un rapido peggioramento clinico con ascite, dispnea, progressione metastatica, crisi di panico, momenti di confusione e disperazione. È stata avviata nutrizione parenterale totale per inappetenza e calo ponderale. L'oncologa sospende l'immunoterapia.

Stefania comprende che non ci sono più terapie per salvarle la vita. Allora decide che non vuole farsi vedere dal figlio in quelle condizioni, sempre più cachettica e con addome globoso. Chiede al marito di portare il figlio a casa della sorella. Da quel momento il suo distress psicologico aumenta, tutti i suoni parenti sentono di non riuscire a gestire la situazione, nonostante l'assistenza palliativa domiciliare, e chiedono di portare Stefania in Hospice.

Lì, con il supporto di tutta l'equipe palliativa, Stefania riesce a rivedere il figlio; riacquista un pò di serenità ed esprime riconoscenza per l'attenzione riservata non solo a sé, ma anche al suo bambino. Intanto la dispnea incalza e dopo qualche giorno Stefania esprime la volontà di ricevere una sedazione palliativa continua. Stefania muore 48 h dopo; il figlio inizia un percorso per la elaborazione del lutto insieme al padre. La principale preoccupazione di Stefania, durante tutto il percorso di malattia, accanto al sollievo dai sintomi, è stata il benessere del figlio e il desiderio di preservare un ruolo genitoriale significativo fino alla fine.

L'approccio terapeutico ha coinvolto un'equipe multidisciplinare composta da medico palliativista, infermiere, psicologo, fisioterapista, oncologo e specialisti in supporto psicologico infantile. Le principali strategie implementate hanno incluso:

- Ottimizzazione del controllo sintomatico, mediante terapie farmacologiche e non farmacologiche personalizzate per dolore, astenia e disturbi respiratori.
- Supporto psico-emotivo alla paziente, con counseling focalizzato su paure, desideri e comunicazione con il figlio.
- Sostegno psicologico al minore, attraverso interventi adattati all'età e al livello di comprensione, per favorire l'elaborazione della malattia e anticipare il lutto.
- Coinvolgimento della rete sociale e familiare, per garantire continuità affettiva e supporto pratico durante il decorso della malattia e oltre.

RISULTATI:

Discussione: Questo caso evidenzia l'importanza di un approccio realmente olistico nelle cure palliative, che includa il riconoscimento del ruolo relazionale e affettivo del paziente, soprattutto quando è anche genitore. L'impiego di strumenti valutativi per il benessere del minore e l'attivazione di percorsi dedicati (arte-terapia, pet-therapy, play-therapy) possono facilitare l'elaborazione anticipata del lutto e la comprensione del processo di malattia.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Quello che è mancato e che ha quindi reso più difficile l'ultimo percorso della malattia, è stata la Pianificazione anticipata delle cure (ACP), con discussioni graduali e sensibili sulle volontà della paziente, inclusa l'organizzazione della futura tutela del figlio, argomenti che sono stati affrontati solo quando la paziente è arrivata in Hospice.

L'integrazione di supporto psicologico specialistico per il genitore e per il bambino, unitamente alla pianificazione anticipata delle cure e alla collaborazione con la rete di supporto sociale, è fondamentale per migliorare la qualità di vita di entrambi e per facilitare un percorso di fine vita più sereno.

CONCLUSIONI: Conclusioni: La gestione di pazienti oncologici con figli piccoli richiede un approccio multidisciplinare sensibile e coordinato. L'attenzione al benessere emotivo del minore e il supporto alla genitorialità nel contesto della malattia avanzata sono elementi cruciali per fornire cure palliative realmente efficaci e centrate sulla persona e sulla sua famiglia.

Sostenere la genitorialità nel contesto della malattia avanzata significa non solo prendersi cura della persona, ma anche proteggere chi ne eredita l'amore.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 05 • ETICA E HUMANITIES

ASPETTI ETICI E CULTURALI



BUONA MORTE VS CATTIVA MORTE: STUDIO MULTICENTRICO SULLA PERCEZIONE DEGLI OPERATORI IN DIVERSI SETTING DI CURE PALLIATIVE

Nadia Rossotti¹, Maria Anna Casagrande², Veronica Melcame², Gabriella Raso³, Stefano De Angelis⁴, Antonio Gebbia⁵, Emanuela Zenobi⁶, Piergiuseppe Ravagli⁷, Sonia Ambrosetti⁸

¹ Associazione Accanto ODV, Como, Italia, ² Ospedale Policlinico San Martino, Genova, Italia, ³ Asl/RCCS, Reggio Emilia, Italia, ⁴ Consorzio Elio, Teramo, Italia, ⁵ Policlinico Sant'Orsola Malpighi, Bologna, Italia, ⁶ ASL 104, Teramo, Italia, ⁷ Alma Mater Studiorum, Bologna, Italia, ⁸ Socia SICP, Milano, Italia

SCOPO: Accompagnare una persona nel percorso di fine vita rappresenta una sfida complessa e profondamente umana. Al termine di questi percorsi le nostre équipe sentono spesso l'esigenza di condividere le ricadute emotive che alcuni decessi provocano negli operatori per poter migliorare il proprio lavoro e anche per prendersi cura di sé stessi. Non è infrequente incontrare espressioni quali "è stata una buona morte" o, al contrario "non è morto bene" come indicatori dello stato di benessere o malessere dell'équipe.

Ma quali sono i fattori che ci fanno dire che l'esperienza del morire sia stata buona o cattiva? Da quale punto di vista facciamo questa valutazione? Come si incontrano/scontrano le percezioni del paziente, dei suoi familiari, degli operatori quando sono tra loro diverse? E quando l'idea di "buona morte" costituisce un possibile ostacolo ad un accompagnamento davvero personalizzato e rispettoso della volontà del paziente? Infine, in che modo l'operatore della cura può prendersi cura di sé stesso nelle situazioni che lo mettono maggiormente in difficoltà?

Nel lavoro che intendiamo svolgere ci è sembrato utile indagare il punto di vista degli operatori sanitari che giocano un ruolo nell'influencare indirettamente la percezione di una "buona morte", garantendola qualità delle cure palliative e ponendosi spesso come intermediari tra il paziente e i suoi familiari, cercando di bilanciare aspettative e necessità.

Ci proponiamo dunque di esplorare la percezione degli operatori rispetto al costrutto "buona/cattiva morte"; analizzare i fattori che influenzano tali percezioni e il loro impatto sulla valutazione del proprio operato e infine stimolare riflessioni e suggestioni che consentano di problematizzare il tema offrendo punti di vista alternativi.

METODO: Il lavoro si articolerà in due fasi:

1. Un approfondimento teorico per esplorare il concetto di morte nella storia e nella cultura contemporanea, attraverso la lettura di testi monografici, per poi passare a una ricerca sulle banche dati biomediche, in particolare Pubmed, con una ricerca libera con l'inserimento di parole chiavi quali "end of life", "quality death", "good death", "successful dying".
2. Una indagine empirica: il nostro gruppo sulla base della letteratura esaminata mira a comprendere come gli operatori sanitari, a partire dalla propria esperienza, interpretano la morte di un paziente come buona o cattiva. Il focus sarà sui fattori che hanno determinato una esperienza positiva per il paziente, sulle emozioni e le riflessioni suscitate dalle loro esperienze e su come queste influenzano il loro lavoro.

L'indagine verrà condotta nel periodo tra aprile e maggio 2025, utilizzerà interviste semi-strutturate rivolte a un gruppo rappresentativo di operatori sanitari, provenienti da diverse discipline, attivi nei setting di cure palliative a domicilio e in Hospice. Durante le interviste il ricercatore porrà delle domande aperte sul tema. Le risposte saranno anonime e i dati sensibili omessi, con la trascrizione contestualmente all'intervista di parole chiave e frasi principali per identificare i temi emergenti.

RISULTATI: Attraverso questo studio intendiamo:

1. Identificare gli standard clinici che gli operatori sanitari considerano essenziali per garantire una buona morte, tenendo conto della complessità e variabilità di tale concetto, influenzato da desideri e aspettative personali, riferimenti culturali ed etici, e dagli standard di cura di ciascun contesto.
2. Raccogliere nuovi punti di riflessione e punti di vista alternativi.
3. Produrre una base solida per studi futuri che forniscano indicazioni pratiche volte a migliorare ulteriormente la qualità delle cure palliative, con un focus sui bisogni dei pazienti e sulle risorse necessarie per accompagnarli verso la morte che desiderano.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Le prime conclusioni ci portano a riflettere su alcuni aspetti centrali:

- 1) La possibilità di un criterio esterno condiviso da parte degli operatori sanitari, nonostante non vi sia una definizione univoca di “buona morte” o “cattiva morte”.
- 2) La soggettività intrinseca nel concetto di “buona morte”, che dipende dalle prospettive individuali riguardo la propria esperienza di fine vita.
- 3) Le differenze nelle sofferenze fisiche e psicosociali, tra pazienti oncologici e pazienti con patologie croniche, potrebbero influenzare profondamente la percezione della buona morte da parte dei pazienti e dei loro familiari, aprendola strada a nuovi approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA: MONOGRAFIE

Ariès P. (1978), Storia della morte in occidente, Rizzoli, Milano.

Montaguti E. (2020), La buona morte Analisi del profilo storico e ruolo delle cure palliative nell'accompagnamento di fine vita, Mimesis Edizioni, Udine.

ARTICOLI

Choi J. Y et al (2013), “Factors That Affect Quality of Dying and Death in Terminal Cancer Patients on Inpatient Palliative Care Units: Perspectives of Bereaved Family Caregivers”, JPSM Vol. 45 No. 4 April 2013

Crawford G. B. et al (2021) “Care of the adult cancer patient at the end of life: ESMO Clinical Practice Guidelines”, ESMO: Volume 6- Issue 4

Gonella S. et al (2019), “Good end-of-life care in nursing home according to the family carers' perspective: A systematic review of qualitative findings” Palliative Medicine Vol. 33(6) 589–606

Gurdogan E. et al (2020) “The Concept of a Good Death From the Perspectives of Family Caregivers of Advanced Cancer Patients”, OMEGA—Journal of Death and Dying 85(2)

Jinnan X., Jinfeng D., Chongmei H (2022), “Notion of a good death for patients with cancer: a qualitative systematic review protocol” BMJ Open; 12

Kastbom L. et al (2017) “A good death from the perspective of palliative cancer patients”. Support Care Cancer 25:933–939

Krikorian A. et al (2020), “Patient's Perspectives on the Notion of a Good Death: A Systematic Review of the Literature”, JPSM Vol. 59 No. 1

Meier E. et al (2016) “Defining a Good Death (Successful Dying): Literature Review and a Call for Research and Public Dialogue”, Am J Geriatr Psychiatry; 24(4): 261–271

Rik T. G. et al (2017), “Comparing Quality of Dying and Death Perceived by Family Members and Nurses for Patients Dying in US and Dutch ICUs”, CHEST 151(2): 298–307

Sepulveda J. M. G. et al (2022), “What is a Good Death? A Choice Experiment on Care Indicators for Patients at End of Life”, J Pain Symptom Manage; 63(4): 457–467.

Weerakkody I et al (2018) “The Quality of Dying and Death in a Residential Hospice”, JPSM Vol. 56 No. 4



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE NELLA SLA: UN APPROCCIO ETICO-CLINICO ALLA PERDITA PROGRESSIVA DELLA COMUNICAZIONE

Mariam Nofiss¹

¹Università del Piemonte Orientale, Novara, Italia

SCOPO: La sclerosi laterale amiotrofica (SLA) è una malattia neurodegenerativa rara e progressiva, che colpisce selettivamente i motoneuroni, causando una paralisi muscolare che peggiora gradualmente e compromette la capacità del paziente di muoversi, respirare e deglutire. L'evoluzione della malattia può inoltre determinare difficoltà nella comunicazione, le quali si manifestano principalmente in due situazioni:

1. Circa nel 15% dei casi, la SLA è associata a una forma grave di demenza frontotemporale, che causa un deterioramento delle funzioni cognitive e comportamentali, influenzando negativamente la capacità di prendere decisioni consapevoli.
2. Inoltre, il possibile coinvolgimento del distretto bulbare rende progressivamente più difficoltosa l'articolazione del linguaggio, fino alla perdita della capacità di comunicare verbalmente.

In questo contesto, le cure palliative rivestono un ruolo centrale non solo nella gestione dei sintomi, ma anche nell'accompagnamento alle decisioni, promuovendo una comunicazione aperta e condivisa prima che questa venga compromessa. Lo scopo del presente contributo è riflettere sull'importanza di avviare precocemente una pianificazione condivisa delle cure (PCC), per consentire alla persona con SLA di esprimere valori, desideri e obiettivi di cura prima della perdita della capacità comunicativa e decisionale.

METODO: L'analisi si articola su tre livelli:

- a) In primo luogo, viene proposta un'analisi bioetica basata sui principi di autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia, applicati alle scelte terapeutiche che la persona con SLA può dover affrontare nel corso della malattia, quali la nutrizione artificiale tramite PEG, la ventilazione non invasiva (NIV) e la tracheostomia con ventilazione invasiva.
- b) In secondo luogo, viene approfondito il ruolo della legge 219/2017, con particolare attenzione alla PCC e alle disposizioni anticipate di trattamento (DAT), strumenti fondamentali per garantire la continuità delle scelte anche in caso di futura incapacità decisionale.
- c) Infine, viene proposta una riflessione sulla sedazione palliativa profonda e continua e sul delicato problema del riconoscimento della sofferenza esistenziale refrattaria, in particolare nei casi in cui la capacità di comunicare verbalmente risulti gravemente compromessa. Si tratta di una sofferenza profondamente soggettiva – legata alla perdita di senso, speranza, dignità, o alla percezione di essere un peso per gli altri – che difficilmente può essere colta attraverso segni clinici oggettivi. Il suo riconoscimento, dunque, resta fortemente dipendente dalla possibilità del paziente di esprimersi. Nei casi di demenza o di grave compromissione del linguaggio, tale possibilità può venire meno, rendendo particolarmente urgente una riflessione anticipata e condivisa sui propri desideri e limiti di cura.

L'analisi si fonda su una revisione della letteratura medica e bioetica, arricchita dall'osservazione diretta delle visite multidisciplinari ambulatoriali ai pazienti con SLA e dal confronto costante con l'equipe curante.

RISULTATI: La progressiva compromissione della comunicazione nella SLA, legata sia alla disfunzione bulbare sia al possibile sviluppo di demenza frontotemporale, riduce la possibilità di affrontare in modo complesso e articolato decisioni terapeutiche rilevanti, in particolare quelle legate al fine vita. Sebbene gli ausili tecnologici per la comunicazione rappresentino un supporto prezioso, essi impongono modalità lente e frammentate che ostacolano l'espressione articolata dei valori, dei desideri e delle preferenze del paziente. La PCC permette di anticipare tali scelte in una fase in cui la comunicazione è ancora possibile, favorendo un confronto consapevole tra il paziente, il medico e l'eventuale fiduciario su trattamenti complessi, come quelli di sostegno vitale.

Tra i benefici della PCC vi sono un rafforzamento dell'autonomia decisionale del paziente, una migliore qualità della relazione clinica (con maggiore coinvolgimento dei familiari), un maggior senso di controllo sul proprio percorso di cura e un sollievo non solo dai sintomi fisici, ma anche da quelli psicologici ed esistenziali. Le principali criticità emerse riguardano, invece, la difficoltà di introdurre temi così delicati quando i pazienti si percepiscono ancora in uno stato di relativo benessere, la carenza di una formazione comunicativa specifica per il personale sanitario, la limitazione del tempo disponibile nelle visite ambulatoriali e, infine, la

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

tendenza a preferire le DAT, spesso percepite come più chiare dal punto di vista procedurale e più facilmente reperibili in situazioni di emergenza grazie alla banca dati nazionale del Ministero della Salute.

CONCLUSIONI: Avviare precocemente un processo di PCC nella SLA è cruciale per garantire alla persona la possibilità di partecipare attivamente alle decisioni che riguardano la propria vita, prima che la malattia comprometta in modo irreversibile la comunicazione. In questa prospettiva, le cure palliative rappresentano non la fine, bensì il cuore della cura, nella misura in cui promuovono un accompagnamento attento, umano e rispettoso, capace di restituire centralità alla parola prima che questa venga perduta. Promuovere una comunicazione autentica e anticipata è essenziale per rispettare l'autonomia del paziente e affrontare con consapevolezza le scelte terapeutiche, anche nelle fasi terminali della malattia e nei casi di sofferenza esistenziale refrattaria. Perché questo processo sia davvero efficace, è fondamentale investire nella formazione comunicativa del personale sanitario e rafforzare l'approccio multidisciplinare.

BIBLIOGRAFIA: Giordano, A., L. De Panfilis, M. Perin, et al. «Advance Care Planning in Neurodegenerative Disorders: A Scoping Review». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 19, no. 2 (2022): 803.

Lulé, D., A. Kübler, and A. C. Ludolph. «Ethical Principles in Patient-Centered Medical Care to Support Quality of Life in Amyotrophic Lateral Sclerosis». *Frontiers in Neurology* 10 (2019): 259.

Mercadante, S., and L. Al-Husinat. «Palliative Care in Amyotrophic Lateral Sclerosis». *Journal of Pain and Symptom Management* 66, no. 4 (2023): e485–99.

Mitsumoto, H., and J. G. Rabkin. «Palliative Care for Patients with Amyotrophic Lateral Sclerosis: “Prepare for the Worst and Hope for the Best”». *JAMA* 298, no. 2 (2007): 207–16.

Oliveira, A. S., and R. D. Pereira. «Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS): Three Letters That Change People's Lives. For Ever». *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* 67, no. 3A (2009): 750–82.

Società Italiana di Cure Palliative (SICP). «Le cure palliative nel malato neurologico». 2018.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA RETE DELLA VOLONTÀ: DAT COME LEVA ETICA NELLE RETI PALLIATIVE DEL SSN

Giuseppe D'Angelo¹, Alessandra Aluigi², Maria Laura Foddai³, Agnese D'Angelo⁴, Rita Santori⁵, Emanuela Stramenga⁶, Giampaolo D'Angelo⁷, Antonio Giammaria⁸

¹ SSN ASL RM2, Roma, Italia, ² libera professionista, Roma, Italia, ³ SSN IFO Roma, Roma, Italia, ⁴ libera professionista, Roma, Italia, ⁵ libera professionista, Roma, Italia, ⁶ impiegata CRI, Roma, Italia, ⁷ libero professionista, Roma, Italia, ⁸ libero professionista, Roma, Italia

SCOPO: Le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT), introdotte con la Legge 219/2017, permettono al cittadino di esprimere anticipatamente le proprie volontà rispetto a trattamenti sanitari futuri, qualora non fosse più in grado di comunicarle. Rappresentano uno strumento cardine per l'autodeterminazione nella fase di fine vita e per l'integrazione etica e relazionale della medicina palliativa. Nonostante il quadro normativo favorevole, le DAT sono ancora scarsamente diffuse e spesso ignorate nei percorsi assistenziali, anche in presenza di malattie croniche avanzate.

Dalla review della letteratura emerge come siano ancora pochi gli articoli e le ricerche scientifiche sulle Disposizioni Anticipate di Trattamento. Si è ritenuto pertanto che indagare la percezione e le aspettative delle persone possa essere utile non solo a migliorare la rete delle cure palliative del SSN, ma anche come contributo scientifico alla ricerca.

L'indagine si propone di esplorare, in una coorte nazionale eterogenea, il grado di conoscenza, le barriere percepite e le aspettative della popolazione generale in merito alle DAT. L'obiettivo finale della ricerca è quello di delineare proposte operative concrete per il loro inserimento strutturale nelle reti di cure palliative e nel rinnovamento del Sistema Sanitario Nazionale (SSN), secondo il principio di umanizzazione delle cure.

METODO: È stato realizzato un sondaggio anonimo online tra maggio e giugno 2024, con 163 partecipanti adulti provenienti da varie regioni Italiane. Il questionario comprendeva 13 item a risposta multipla o aperta su: conoscenza delle DAT, ostacoli psicologici e pratici, fonti informative, servizi di supporto desiderati, disponibilità economica e aspettative qualitative. I dati sono stati analizzati con strumenti statistici descrittivi, con approfondimenti tematici sulle risposte aperte. La distribuzione anagrafica ha incluso tutte le fasce di età, con maggiore rappresentanza di adulti 26–35 anni (23%) e 56–65 anni (28%). L'istruzione è risultata mediamente alta (oltre il 75% con laurea o titoli post-laurea); la residenza prevalente è nel Centro e Nord Italia (84%).

RISULTATI: Dal sondaggio è emerso che il 96% degli intervistati conosce il concetto di testamento biologico, ma solo una minoranza possiede informazioni operative complete per la sua redazione. I canali informativi principali risultano i media tradizionali (36%) e il personale sanitario (22%). Le difficoltà percepite maggiori sono: aspetti legali complessi (32%), incertezza medica (28%), ansie emotive e timore di cambiare idea (21%), complicazioni burocratiche (17%), conflitti familiari (11%) e barriere etico-religiose (6%). Solo il 6% non segnala ostacoli rilevanti. Tra i servizi desiderati per l'assistenza alla redazione, emergono: piattaforme online guidate (50%), consulenze mediche specialistiche (49%), incontri con il medico di famiglia (23%), eventi informativi (19%) e supporto psicologico (15%). L'81% degli intervistati dichiara una disponibilità economica inferiore a 100 euro per un servizio completo di supporto alle DAT, indicando una forte aspettativa di accessibilità e inclusione nel sistema pubblico. Dai commenti aperti emerge la richiesta di un accompagnamento personalizzato, empatico e chiaro, integrato nella rete sociosanitaria. Il ruolo del medico curante è considerato essenziale, ma spesso assente o poco proattivo. La redazione delle DAT è percepita non solo come atto amministrativo, ma come esperienza emotiva e relazionale, che richiede tempo, ascolto e rassicurazione.

CONCLUSIONI: I risultati sembrano quindi evidenziare che la conoscenza teorica delle DAT è diffusa, ma l'attuazione pratica rimane ostacolata da carenze informative, resistenze emotive e mancanza di supporto strutturato. Si ritiene pertanto urgente sviluppare una rete assistenziale integrata che includa la pianificazione anticipata delle cure come parte costitutiva del percorso palliativo, anche precoce. Dai risultati della ricerca è possibile stilare alcune proposte quali:

- 1 l'istituzione di sportelli DAT territoriali (fisici o digitali);
- 2 l'integrazione delle DAT nei PDTA e nel Fascicolo Sanitario Elettronico;



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



3. l'attivazione di campagne nazionali coordinate tra SSN e associazionismo civico;
4. la formazione di MMG e palliativisti su comunicazione e accompagnamento decisionale;
5. lo sviluppo di strumenti digitali semplici e interoperabili.

La valorizzazione delle DAT non è solo una questione normativa, ma un'azione strategica per costruire una sanità più rispettosa, sostenibile e personalizzata. Le DAT possono rappresentare la soglia dove si incontrano volontà individuale e responsabilità collettiva, e la loro piena attuazione può essere il segno maturo di un SSN capace di evolvere con le esigenze civili e morali della sua cittadinanza.

BIBLIOGRAFIA:

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 – Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.
2. SICP – Guida alla pianificazione condivisa delle cure.
3. Ministero della Salute – Piano Nazionale delle Cronicità (PNC).
4. OMS – Definizione e obiettivi delle cure palliative.
5. Fondazione ANT – Documenti sulla comunicazione e accompagnamento nelle DAT.
6. Berardinelli D, Favale S, Re Viglietti S, Conti A, Campagna S, Dimonte V. Disposizioni anticipate di trattamento: e se fosse un bene parlarne? Uno studio con metodo misto. *Recenti Prog Med.* 2023 Sep;114(9):514. Italian. doi: 10.1701/4088.40790. PMID:37529997.
7. Di Luca A, Del Rio A, Bosco M, Di Luca NM. Law on advance health care directives: a medical perspective. *Clin Ter.* 2018 Mar-Apr;169(2): e77-e81. doi: 10.7417/T.2018.2058. PMID:29595870.
8. Romanò M. Legge 219/2017: consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento. Quando il tempo della comunicazione medico-paziente è legge, ma viene dimenticato [The Italian law 219/2017: informed consent and advanced directives. When the patient-doctor communication time is law, but it is forgotten]. *G Ital Cardiol (Rome).* 2024 Jun;25(6):383-389. Italian. doi: 10.1714/4269.42461. PMID: 38808933.
9. Stellato K, Romanò M. Informazione al malato e alla famiglia. Legge 219/2017: pianificazione condivisa delle cure, disposizioni anticipate di trattamento, “do not attempt resuscitation order” [Information to be provided to patients and their caregivers. The Italian Law 219/2017 on informed consent, advance directives, and do not attempt resuscitation order]. *G Ital Cardiol (Rome).* 2020 Apr;21(4):306-308. Italian. doi: 10.1714/3328.32992. PMID:32202564.
10. Delbon P, Cacace S, Conti A. Advance care directives: Citizens, patients, doctors, institutions. *J Public Health Res.* 2019 Dec 4;8(3):1675. doi: 10.4081/jphr.2019.1675. PMID:31857989; PMCID:PMC6902305.
11. Viola RV, Di Fazio N, Del Fante Z, Fazio V, Volonnino G, Romano S, Quattrocchi A, Arcangeli M. Rules on informed consent and advanced directives at the end-of-life: the new Italian law. *Clin Ter.* 2020 Mar-Apr;171(2):e94-e96. doi: 10.7417/CT2020.2195. PMID:32141477.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA RECIPROCIÀ DEL DONO IN HOSPICE: UNA RETE REGIONALE ETICA, CIVILE E SOCIALE

Ferdinando Garetto¹, Federica Benvegù¹, Roberto Bertinetti¹, Incoronata Spadaccini¹

¹Cottolengo Hospice, Chieri, Italia

SCOPO: L'Hospice intende offrire a tutte le persone ricoverate nella propria struttura, a decesso avvenuto, l'opportunità di donare le proprie cornee e di realizzare pertanto una volontà donativa precedentemente dichiarata, nel rispetto della legge (DM 8 aprile 2000), o per assecondare una volontà spontaneamente espressa, ancor prima durante il ricovero, con il desiderio di aiutare altre persone a migliorare o riacquistare la vista con una disponibilità di grande rilevanza sociale che è anche una testimonianza di solidarietà umana. La donazione è l'espressione più alta della qualità del rapporto tra le persone perché ciascuno può diventare responsabile della salvezza o del miglioramento di altre vite semplicemente con un SI che è anche un SI alla vita. L'attività di prelievo delle cornee è un dovere civico delle strutture ospedaliere.

La Regione Piemonte, con la DGR 45-2093 del 30.1.2006, riconosce lo sforzo organizzativo per il prelievo di cornee con un rimborso economico per ogni cornea prelevata.

Il Progetto Cornea del Cottolengo Hospice abbraccia tutto il percorso che prende avvio con la verifica della volontà donativa del cittadino seguita dal prelievo delle cornee e dal loro trasferimento alla Banca delle Cornee della Regione Piemonte nel rispetto delle procedure regionali.

Presentiamo la nostra esperienza di donazione delle cornee nell'hospice inaugurato a fine 2022.

Il percorso di formazione dell'equipe e i primi 13 prelievi sono stati negli ultimi mesi del 2023; a oggi le donazioni sono state circa un centinaio e il numero cresce di mese in mese.

La collaborazione con la Rete Regionale Donazioni e Trapianti di Organi e Tessuti è particolarmente significativa: non si tratta solo di una integrazione per gli aspetti tecnici e organizzativi, ma rappresenta sempre di più una stretta sinergia culturale, per la crescita di una sensibilità necessaria a tutti i livelli della società civile.

La mission dell'hospice come luogo che fa parte della comunità trova nella promozione del valore della donazione una specifica concretizzazione.

METODO: A due anni dal primo prelievo l'equipe raccoglie in questo lavoro alcuni aspetti che ci sono sembrati da subito specifici e prioritari:

- essere in Rete, non solo per gli aspetti legislativi e organizzativi, ma anche per essere testimonianza e presenza insieme ad altre realtà positive della Società civile;
- il dono nasca da un rapporto e può diventare parte integrante della relazione di cura in hospice: se è vero che ogni deceduto < 79 anni che non abbia criteri di esclusione e non abbia espresso volontà contrarie è un potenziale donatore, la 'non opposizione dei familiari' che è comunque richiesta diventa una grande occasione di condivisione e avvicinamento consapevole;
- un percorso 'virtuoso' parte dal riconoscimento delle caratteristiche della persona: spesso è nel dialogo stesso con il paziente che emergono pensieri come 'vorrei poter fare ancora di utile... vorrei poter dare ancora qualcosa', temi che riguardano la domanda 'che cosa è importante?'.

Non sono stati rari i casi in cui il consenso è stato dato direttamente dal paziente o in cui è stato possibile risalire a un'antecedente volontà donativa;

RISULTATI:

- i cardini della proposta sono delicati e del tutto in linea con la 'filosofia' dell'hospice: ci interessano la reciprocità e il dono, non le cornee; la decisione in un senso o nell'altro non cambierà di una virgola le caratteristiche dell'assistenza e della cura, non solo delle ultime ore, ma anche della cura della salma e della possibilità dei familiari di stare quanto desiderano accanto al loro congiunto; la procedura dura pochi minuti e non modifica in nulla l'aspetto del volto; non cambiano le possibilità di cremazione, trasporto a cassa aperta, riti funebri secondo le diverse culture.

A volte la proposta, che nasce in genere nell'ambito di colloqui più ampi di accompagnamento e supporto alla famiglia nell'avvicinamento consapevole al distacco, viene colta con sorpresa, più frequentemente con una commovente gratitudine; più raramente la risposta è negativa, ma in genere per il timore di non conoscere a fondo la volontà del defunto o di altri familiari: mai, finora, abbiamo colto disagio o percezione

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cura
Palliativa

di inopportunità della proposta. La durata dell'assistenza (da poche ore a alcuni mesi) non ha in genere fatto una grande differenza: conta di più l'intensità e la profondità delle relazioni.

CONCLUSIONI: Per concludere, riportiamo alcune righe che avevamo scritto nell'emozione della prima donazione: in un clima di sacralità e bellezza che si rinnova ogni volta.

'...Nei momenti sacri delle ultime ore, nel clima così intimo della vicinanza di due figlie che si preparano al distacco dalla mamma che sta concludendo la vita serenamente e senza dolore, la proposta nasce spontanea: vi sembra che la mamma sarebbe contenta di un ultimo dono?'

Negli occhi commossi e grati leggiamo già la risposta, di adesione alla donazione delle cornee. Tutto a questo punto si muove come una danza, ci sono procedure da seguire, subito dopo il decesso, ma nulla interferisce con il commiato, il silenzioso rispetto del dolore del distacco, l'abbraccio.

Ancora un momento per verificare la volontà, e la percezione che questa inaspettata occasione diventi nel dolore una fonte di serenità e persino di una dolce gioia profonda. Per noi, l'emozione di un momento condiviso da tutta l'équipe, fra sguardi commossi, poche parole e la sacralità delle procedure tecniche! La prima donazione di cornee nel nostro hospice.

La conferma di quanto questo gesto di generosità possa davvero essere uno dei modi in cui la vita in hospice trova il suo più autentico compimento nella dimensione del dono...

BIBLIOGRAFIA: Beretta M. Dal dono delle cornee al dono del 'sè': La donazione di cornee come bene di relazione: una riflessione tra sociologia, economia, logoterapia e...i piaceri del cioccolato. Riv It Cure Palliative 2017;19(1):12-15.doi10.1726/3065.30577

Cancelliere L, Potenza R, Guermani A, Giacometti R, Donadio PP, Bosco R. L'esperienza piemontese in campo di comunicazione: 'favorevolezza' dei medici e atteggiamento della popolazione. Trapianti. 2009;13(2).

MODULISTICA CENTROREGIONALE TRAPIANTI CRT:

(https://www.trapiantipiemonte.it/wp-content/uploads/2021/12/Donatore_solo_cornee_2021.pdf)

MODU.C03C.I001.00.04 Comunicazione con la Famiglia – Accertamento sulla Volontà del Donatore

MODU.C03C.I001.00.06 Identificazione del Donatore

F. Garetto <https://www.cittanuova.it/donazione-degli-organ-un-dono-reciproco/?ms=003&se=025>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DEL BIOETICISTA NEI PERCORSI DI CURA: IMPATTO DI UNA CONSULENZA SPECIALISTICA IN PAZIENTI AFFETTI DA MALATTIE INGUARIBILI, RICOVERATI IN 3 GRANDI OSPEDALI HUB.

Francesca Mengoli¹, Anna Maria Cuomo², Lucia Farabegoli⁴, Elisa Righini³, Floriana Taggi², Letizia Ronchi², Lorenza Zullo², Susanna Bottazzi², Danila Valenti²

¹ Programma di Bioetica Clinica Dip. Integrazione AUSL Bologna, Bologna, Italia, ² UOC Rete delle Cure Palliative AUSL di Bologna, Bologna, Italia, ³ Psicologia Ospedaliera AUSL Bologna, Bologna, ⁴ Terapia Intensiva e Hub Maxi-Emergenze, AUSL Bologna, Bologna

SCOPO: La consulenza bioetica rappresenta uno dei compiti principali del Programma di Bioetica Clinica Applicata avviato nel 2024 nella nostra istituzione e consentendo di affrontare e dirimere i dilemmi etici che si presentano in diverse situazioni cliniche; inoltre concorre ad approfondire la conoscenza e la formazione degli operatori sanitari in ambito etico.

La Bioetica, intesa come materia interdisciplinare, che si propone di studiare in modo sistematico i problemi morali, giuridici e sociali evocati dalle scienze della vita, pone al centro delle sue riflessioni un quesito specifico: "È eticamente lecito realizzare tutto ciò che è tecnicamente possibile?"

Mai come di questi tempi, in cui assistiamo a un sempre maggiore potenziamento tecnologico degli strumenti di cura, assume grande importanza l'approccio alle storie delle persone malate come fenomeni multidimensionali; diventa quindi opportuno sottolineare la traslazione del concetto del "To cure" al "To care", ponendo grande attenzione all'individuazione dei valori altrui.

Le decisioni relative alla propria vita hanno valore morale se liberamente e autonomamente espresse, attraverso un confronto dinamico tra le persone malate e i professionisti della cura. L'autonomia, quale capacità di autodeterminazione, è una capacità umana che il contesto sociale, culturale, relazionale può sostenere o reprimere. Al centro del confronto vi sono bilanciamenti costanti e riflessioni sull'appropriatezza e la proporzionalità dei trattamenti proposti.

L'appropriatezza clinica si ispira a criteri come l'efficacia, l'efficienza e la necessità di una cura: è appropriato un trattamento che si basa su evidenze scientifiche solide e che serve al paziente per affrontare la sua condizione di malattia,

La Proporzionalità etica si basa su valori ai quali il paziente ispira la sua vita e sul modo in cui tali valori vengono modificati dalla malattia e di conseguenza dalla cura. I curanti non possono sostituirsi al paziente nella definizione di proporzionalità

METODO: La consulenza di Bioetica, presso i diversi reparti da cui proviene la richiesta, si propone di realizzare una buona cura della persona malata, esattamente come qualsiasi altra consulenza specialistica, ma con alcune peculiarità: il riferimento a valori e principi etici che portano alla buona cura per il bene del paziente come da lui stesso considerato; l'azione di facilitazione e dialogo verso un giudizio sintetico; la responsabilità nel non sostituirsi agli altri specialisti; facilitare la personalizzazione delle decisioni, parlando di incertezze o conflitti tra valori della persona, rete di prossimità e curanti.

In questo lavoro sono state valutate le consulenze di Bioetica Clinica Applicata richieste da diversi reparti e gli ambiti affrontati nel corso delle stesse, nel periodo compreso tra il 1/3/24 e il 31/12/24.

RISULTATI: Nei 10 mesi del 2024 (Marzo-Dicembre 2024) sono state effettuate 35 Consulenze totali di Bioetica: 15 in Terapia Intensiva (42.8%), 7 nel contesto della Rete Cure Palliative (20%); 4 sul territorio nella fase post-dimissione (11.4%); 2 in Reparti di Medicina (5.7%); 2 Reparto di NCH (5.7%); 2 Rep. Neurologia (5.7%); 1 Team SLA (2.8%); 1 Rep. Nefrologia (2.8%); 1 Tp riabilitativa (2.8%) e 48 partecipazioni a meeting multidisciplinari con Intensivisti, Neuro-oncologie Neurochirurghi, Internisti, Geriatri, Infermieri operanti in ospedale e sul territorio, Assistenti Sociali, Medici di Medicina Generale, Palliativisti, Psichiatri, Psicologi, oltre a colloqui con familiari.

Le motivazioni che avevano portato alla richiesta di consulenza da parte dei professionisti dei diversi reparti e nell'ambito di meeting multidisciplinari sono state: 10 per dilemmi morali sollevati dall'aderenza alla Legge n° 219/2017 (28.5%), 18 ricostruzione delle volontà della persona con incapacità acquisita (51.4%), 19 per supporto ai professionisti nelle decisioni di cura (54.2%), 1, decisioni in merito alle cure di fine vita (2.8%).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Nei 10 mesi del 2024 (Marzo-Dicembre 2024) sono state effettuate 35 Consulenze totali di Bioetica: 15 in Terapia Intensiva (42.8%), 7 nel contesto della Rete Cure Palliative (20%); 4 sul territorio nella fase post-dimissione (11.4%); 2 in Reparti di Medicina (5.7%); 2 Reparto di NCH (5.7%); 2 Rep. Neurologia (5.7%); 1 Team SLA (2.8%); 1 Rep. Nefrologia (2.8%); 1 Tp riabilitativa (2.8%) e 48 partecipazioni a meeting multidisciplinari con Intensivisti, Neuro-oncologie Neurochirurghi, Internisti, Geriatri, Infermieri operanti in ospedale e sul territorio, Assistenti Sociali, Medici di Medicina Generale, Palliativisti, Psichiatri, Psicologi, oltre a colloqui con familiari.

Le motivazioni che avevano portato alla richiesta di consulenza da parte dei professionisti dei diversi reparti e nell'ambito di meeting multidisciplinari sono state: 10 per dilemmi morali sollevati dall'aderenza alla Legge n° 219/2017 (28.5%), 18 ricostruzione delle volontà della persona con incapacità acquisita (51.4%), 19 per supporto ai professionisti nelle decisioni di cura (54.2%), 1, decisioni in merito alle cure di fine vita (2.8%).

Conclusioni

Sebbene ancora in fase iniziale, l'opportunità per i diversi setting assistenziali dei tre grandi Ospedali Hub della città di poter fare richiesta di una Consulenza di Bioetica Clinica Applicata contribuisce a una sempre maggiore possibilità di affrontare dilemmi etici da parte dei professionisti, persone affette da malattie inguaribili e la loro rete di prossimità. Dalle consulenze con i bioeticisti emerge sempre più chiaro il necessario cambio di paradigma nella cura dei pazienti quando ci si trovi a dover affrontare malattie inguaribili, i grandi dilemmi etici che permeano la vita, la malattia, l'autodeterminazione delle persone malate rispetto alle cure e al loro limite, il non inizio o la sospensione di una terapia, il fine vita e il morire.

Saranno necessari ulteriori studi per comprendere quanto la consulenza di bioetica diverrà una parte fondante, imprescindibile e quotidiana del lavoro interdisciplinare delle cure per le persone con malattia non più curabile e guaribile, anche in setting diversi da quelli prettamente ospedalieri.

BIBLIOGRAFIA: Wiegand DL, MacMillan J, dos Santos MR, Bousso RS. Palliative and End-of-Life Ethical Dilemmas in the Intensive Care Unit. AACN Adv Crit Care. 2015 Apr-Jun;26(2):142-50. doi: 10.1097/NCI.000000000000085. PMID:25898882.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

Netflix Cattelan A. Una semplice domanda - Ep.3 C'è felicità nel dolore
[https://www.netflix.com/watch/81464865?trackId=14277283&ctx=97%2C-](https://www.netflix.com/watch/81464865?trackId=14277283&ctx=97%2C-97%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C8141719%2CVideo%3A81464865%2CdetailsPageEpisodePlayButton)
[97%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C8141719%2CVideo%3A81464865%2CdetailsPageEpisodePlayButton](https://www.netflix.com/watch/81464865?trackId=14277283&ctx=97%2C-97%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C%2C8141719%2CVideo%3A81464865%2CdetailsPageEpisodePlayButton)

**XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025**

LE DIRETTIVE ANTICIPATE DI TRATTAMENTO E LE DECISIONI DI FINE VITA: UN'ANALISI ETICA E CLINICA ATTRAVERSO UN CASO COMPLESSO

Floriana Taggi¹, Eleonora Zocco², Marika Damasco², Cinzia Pagnoni², Danila Valenti¹

¹UOC Rete delle Cure Palliative Azienda USL, Bologna, Italia, ²Dater Management Integrazione Socio Sanitaria e Rete Cure Palliative Azienda USL, Bologna, Italia

SCOPO: Le Direttive Anticipate di Trattamento (DAT) rappresentano uno strumento fondamentale per tutelare l'autonomia del paziente, in particolare nelle decisioni relative alle cure di fine vita. Introdotte in Italia con la Legge 219/2017, le DAT consentono a ogni individuo maggiorenne e capace di intendere e volere di esprimere in anticipo le proprie preferenze rispetto ai trattamenti sanitari futuri, nel caso in cui venga meno la capacità di autodeterminarsi. Tuttavia, la loro concreta applicazione clinica resta limitata, soprattutto in ambito emergenziale, dove la tempestività decisionale spesso si scontra con l'assenza di documentazione formale, la scarsa formazione del personale e la difficoltà di accesso alle volontà precedentemente espresse dal paziente.

Il presente lavoro propone un'analisi etica e clinica approfondita attraverso lo studio di un caso emblematico: quello della signora A.S., di 76 anni, affetta da broncopneumopatia cronica ostruttiva (BPCO) severa, ricoverata per un episodio acuto di insufficienza respiratoria. Nonostante avesse espresso verbalmente la volontà di redigere una DAT, la paziente è stata colpita da un evento critico prima di poter formalizzare tale intenzione. Il caso ha coinvolto direttamente la figura del medico palliativista – autrice di questo studio – nella duplice veste di curante e fiduciaria della paziente, oltre che familiare. Tale commistione di ruoli ha acuito le criticità decisionali, etiche ed emotive.

METODO: Lo studio ha seguito un approccio qualitativo e riflessivo, centrato su un caso clinico reale. L'analisi è stata condotta impiegando i quattro principi della bioetica (autonomia, beneficenza, non maleficenza e giustizia), integrati con le normative vigenti italiane in materia di DAT e Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC). Particolare attenzione è stata data al contesto clinico e relazionale in cui si sono sviluppate le decisioni, al ruolo dei fiduciari non formalmente nominati, alle dinamiche familiari e agli esiti percepiti dal paziente.

RISULTATI: Durante un colloquio informale avvenuto a casa sua pochi giorni prima del ricovero, A.S. aveva espresso chiaramente il proprio orientamento contrario a trattamenti invasivi prolungati e considerati sproporzionati rispetto alla qualità della vita desiderata. Tuttavia, al momento della crisi respiratoria, nessun documento scritto era disponibile. Ricoverata d'urgenza, è stata sottoposta a ventilazione non invasiva, risultata inefficace. Il rapido peggioramento clinico ha imposto una decisione urgente: intubare e procedere con ventilazione meccanica, pur in assenza di una DAT formale.

Il medico palliativista, fiduciaria di fatto, insieme al coniuge – medico rianimatore e nipote della paziente – ha valutato l'opportunità di un trattamento intensivo temporaneamente limitato (72 ore), evitando però un'escalation terapeutica in caso di aggravamento. Tale strategia, condivisa con l'équipe, è stata ritenuta clinicamente proporzionata considerando che si trattava del primo evento acuto grave, potenzialmente reversibile, e che la paziente non presentava una condizione terminale imminente.

AS è stata estubata dopo 48 ore, ma il ricovero complessivo è durato circa due mesi, con dimissione a domicilio in ossigenoterapia e notevole riduzione dell'autonomia personale. Al follow-up ambulatoriale, mesi dopo, la paziente ha espresso con lucidità la propria valutazione: le cure ricevute, pur salvavita, sono state vissute come sproporzionate, segnando un punto di non ritorno nella sua qualità di vita. Questo confronto ha portato alla redazione di una PCC dettagliata, con simulazione di scenari clinici, definizione di limiti ai trattamenti futuri e indicazioni su aspetti post-mortem. AS ha confermato i fiduciari, ma ha scelto di non condividere le proprie volontà con la figlia – persona fragile e dipendente – per proteggerla emotivamente.

Il caso di AS evidenzia diversi livelli di criticità che rendono complessa la gestione clinica e decisionale in assenza di DAT formalizzate:

Il peso delle relazioni: la presenza di un medico-familiare all'interno del team curante e nel ruolo fiduciario ha determinato implicazioni emotive, cognitive e relazionali significative. Il rischio di bias, la pressione del ruolo e la difficoltà a mantenere una visione clinica oggettiva sono emersi con forza.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'assenza di DAT formali: ha esposto i fiduciari e il team curante a un alto livello di incertezza, aumentando il rischio di trattamenti non allineati ai valori del paziente. In situazioni di urgenza, i tempi stretti e la mancanza di strumenti decisionali codificati possono portare a scelte che, a posteriori, risultano non rispettose della volontà del paziente.

Il conflitto tra appropriatezza clinica e proporzionalità soggettiva: sebbene la strategia terapeutica adottata fosse clinicamente ragionevole, l'esito percepito dalla paziente ha svelato un disallineamento tra l'intenzione dei curanti e la percezione di chi ha vissuto il percorso di cura. Il principio di beneficenza, interpretato dai fiduciari, ha prevalso su quello di autonomia non formalizzata.

Il valore della PCC: il colloquio successivo con la paziente ha evidenziato la potenza della pianificazione anticipata come strumento di chiarezza e tutela, permettendo una definizione più accurata dei limiti accettabili dei trattamenti futuri e riducendo i rischi di conflitti familiari e clinici.

CONCLUSIONI: Il caso clinico di AS dimostra quanto le decisioni sanitarie nelle situazioni di emergenza siano complesse in assenza di DAT formalizzate. La presenza di fiduciari non ufficialmente designati, il coinvolgimento personale e professionale del medico curante e l'assenza di comunicazione esplicita con i familiari hanno reso la decisione profondamente faticosa, eticamente e emotivamente.

Dalla riflessione sul caso emergono alcune raccomandazioni operative:

Promuovere la formalizzazione delle DAT attraverso campagne informative, accesso semplificato e sostegno alla redazione;

Integrare la formazione etica e comunicativa nei percorsi clinici, soprattutto per chi lavora in contesti intensivi e di emergenza;

Sviluppare protocolli standardizzati per la gestione delle decisioni in acuto in assenza di DAT;

Offrire supporto psicologico a pazienti e familiari, in particolare nella fase di redazione delle volontà e durante le fasi critiche del percorso di cura.

Infine, il caso sottolinea il valore della relazione di cura nel tempo, in cui fiducia, conoscenza reciproca e comunicazione profonda possono trasformare un vissuto drammatico in uno spazio di consapevolezza. Solo così la medicina può dirsi realmente centrata sulla persona.

BIBLIOGRAFIA: LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento. (18G00006) (GU Serie Generale n. 12 del 16-01-2018).

C. Viafora, "La cura e il rispetto. Il senso della bioetica clinica", FrancoAngeli, Milano 2023.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LO STATO DELL'ARTE DELLA RICERCA SULLE PRATICHE DI MORTE VOLONTARIA MEDICALMENTE ASSISTITA: RISULTATI PRELIMINARI DI UNA SCOPING REVIEW INTERNAZIONALE

Marta Perin¹, Gianna Strand^{2,3}, Fenne Bosma⁴, Chiara Crico^{1,5}, Janet Delgado⁶, Sean Riley^{7,8}

¹Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italia, ²Department of Bioethics, School of Professional Studies, Columbia University in the City of New York, New York, USA, ³The Completed Life Initiative, New York, Usa, ⁴Department of Public Health, Erasmus University Medical Center, Rotterdam, The Netherlands, ⁵Fondazione IRCCS Istituto Tumori di Milano, Milano, Italia, ⁶Department of Nursing, Graduate School of Medicine, Yamaguchi University, Ube, Japan, ⁷Division of General Internal Medicine, Department of Internal Medicine, The Ohio State University College of Medicine, Columbus, USA, ⁸Division of Health Services Management and Policy, The Ohio State University College of Public Health, Columbus, USA

SCOPO: Con la Sentenza 242 del 2019 della Corte Costituzionale, il dibattito relativo al diritto delle persone ad accedere al suicidio medicalmente assistito (SMA) è divenuto tema di costante attualità. Il dibattito sullo SMA rientra nel più ampio discorso sulla Morte Medicalmente Assistita (MMA), ovvero sull'insieme di quelle pratiche che prevedono la possibilità, per un individuo in determinate condizioni, di porre volontariamente fine alla propria vita seguendo precisi criteri legali e medici. Diversi paesi hanno regolamentato queste pratiche, e nei paesi in cui la MMA non è ancora legale il dibattito è in costante evoluzione su diversi piani. La MMA solleva, infatti, importanti questioni etiche, legali e mediche, che trovano, tuttavia, poche risposte nelle evidenze scientifiche ad oggi disponibili, soprattutto in merito ai processi di implementazione di tali pratiche (1). Alla luce del contesto attuale, è essenziale condurre ricerche rigorose e di alta qualità su tutti gli aspetti della MMA per supportare politiche nazionali e istituzionali basate su evidenze.

Questa scoping review mira a restituire una panoramica della ricerca empirica esistente sulla MMA, identificando i principali temi di studio, le tendenze emergenti nel tempo e le eventuali evoluzioni nelle domande di ricerca, e analizzando gli approcci metodologici adottati, i risultati ottenuti e le implicazioni etiche.

METODO: Il disegno di studio seguito è quello della scoping review secondo il framework di Arksey and O'Malley (2). È stata condotta una ricerca bibliografica su cinque banche dati (PubMed, Scopus, PsycINFO, CINAHL e Web of Science), utilizzando una combinazione di parole chiave relative all'ambito della MMA. Gli articoli sono stati screenati secondo criteri di inclusione ed esclusione in due passaggi (a) titoli ed abstract; b) lettura del testo), da due membri del team. Il PI dello studio ha elaborato un pilot per la fase di data abstraction, revisionato e approvato da tutti i membri del team. Tutti gli articoli sono valutati da due ricercatori indipendenti e i conflitti risolti in riunioni individuali o di gruppo.

RISULTATI: Sono stati individuati un totale di 2767 articoli. Rimossi i duplicati (16), 1317 articoli sono stati esclusi sulla base del titolo ed abstract. La data abstraction dei rimanenti 1434 articoli è in corso. 544 (circa 38%) articoli sono stati analizzati. Pubblicati dal 1980 al 2024, il 19% (103) dei lavori sono condotti in Canada, seguiti da Olanda (97), USA (68), Australia (46) e Belgio (36). Nei restanti paesi (Francia, Germania, Italia, Nuova Zelanda, Spagna, Svizzera, Regno Unito) il numero di studi varia tra l'1 e i 16 articoli. Il 12% (68) dei lavori riguarda altri paesi europei, mediorientali e asiatici. Dal punto di vista metodologico, il 50% (273) dei lavori adotta un disegno di studio di tipo qualitativo, il 32% (172) di tipo quantitativo, e l'8% (44) di tipo mixed o multi-methods, cui si aggiungono un 10% (53) di revisioni della letteratura e due analisi di documenti. Il 49% (269) dei lavori utilizza survey; seguito da metodologie qualitative nel 26% dei casi (130 articoli usano interviste, 11 Focus Group). Nei restanti casi vengono usate strategie multiple, analisi di documenti e revisioni di documentazione clinica.

La popolazione in studio afferisce a tre categorie principali: il 54% degli studi riguarda professionisti sanitari di varie categorie professionali (143 studi riguardano i clinici; 48 gli infermieri; 26 gli studenti e 78 insieme di categorie); l'11% pazienti (richiedenti o meno MMA), il 10% (56) riguarda la popolazione generale e il 4% (24) familiari e caregivers.

Quasi la metà (46%) degli studi indaga le attitudini e le opinioni in merito alla MMA dei diversi stakeholders (in particolare della popolazione generale e dei professionisti sanitari); i restanti articoli indagano esperienze e vissuti nella pratica clinica (16%), trend e utilizzo delle pratiche (7%), l'accesso e le barriere (3%), policy e regolamentazioni (3%).



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Sono emerse anche alcune specificità rispetto alle domande di ricerca relativa alla MMA. Circa il 10% degli studi si concentra sull'accesso e applicazione della MMA in setting specifici, quali la demenza (22), le patologie psichiatriche (32) e, in un caso, la MMA nei minori. Altri temi di ricerca, presenti in maniera minoritaria, riguardano aspetti di bioetica empirica, tra i quali: le richieste di MMA nelle disposizioni anticipate di trattamento; l'obiezione di coscienza, l'autodeterminazione del paziente; il concetto di sofferenza intollerabile; il coinvolgimento di familiari nel processo decisionale e il supporto al lutto; la donazione di organi; le richieste dei 'tired of living', e l'intersezione con altre pratiche di fine vita, come la sospensione dei trattamenti, la sedazione palliativa profonda. Infine, il 2% degli studi (10) trattano temi di formazione e training al tema.

CONCLUSIONI: I dati, seppur preliminari, descrivono un panorama piuttosto articolato ed eterogeneo rispetto alla ricerca prodotta sulle pratiche di MMA, sia in termini di area geografica che di domande e metodologia di ricerca. I dati dimostrano infatti la netta prevalenza di alcuni temi, come le attitudini e le opinioni rispetto alla MMA - mentre altri aspetti relativi all'implementazione dei processi (barriere e facilitatori, training dei professionisti) e ad aspetti di bioetica empirica (es: il concetto di sofferenza intollerabile) sono stati ad oggi poco approfonditi. Inoltre, si sottolinea la scarsità di studi interventistici e sui programmi di formazione per i professionisti sanitari, fondamentali per migliorare le loro competenze nella gestione dei processi legati all'MMA. I risultati evidenziano la necessità di delineare degli outcome relativi alle pratiche di MMA per poterle valutare la qualità nell'ottica del rispetto dei principi di etica clinica fondamentali. I dati finali verranno presentati al Congresso.

BIBLIOGRAFIA:

1. Riley SR, Sarbey, B. Rethinking Data Collection in Medical Aid in Dying: Quality Improvement as the North Star. *Journal of Aid In Dying Medicine*. 2023;1(1):90-96
2. Arksey, H., O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

L VISSUTO DELL'INFERMIERE NELLA MORTE MEDICALMENTE ASSISTITA

Sara Costa¹, Sara Sbrugnera¹, Aurora Bogar¹, Fabio Fior¹, Francesca Depetroni¹

¹Università degli Studi di Trieste, Trieste, Italia

SCOPO: L'infermiere è una figura professionale che è coinvolta, direttamente o indirettamente, a seconda dei contesti in cui opera, nelle richieste di morte medicalmente assistita (MMA) o aiuto medico al morire (AMM). Lo scopo della presente analisi preliminare di letteratura è indagare le evidenze disponibili riguardo le esperienze soggettive, i dilemmi etici e i bisogni espressi dagli infermieri rispetto alle richieste di MMA nei paesi in cui questa è legale o depenalizzata.

METODO: È stata condotta una ricerca sistematica sulle banche dati PubMed e CINAHL che ha portato alla selezione di 15 articoli in lingua inglese (8 studi qualitativi, 1 studio quantitativo, 2 studi di tipo misto qualitativo e quantitativo, 4 revisioni di letteratura) pubblicati nel corso degli ultimi cinque anni. Sono stati selezionati, secondo il metodo PRISMA, esclusivamente gli studi che indagavano il vissuto dell'infermiere rispetto alle richieste di MMA nelle sue due declinazioni di eutanasia e suicidio assistito (SA). Le realtà geografiche indagate sono state le seguenti: Canada, Belgio, Paesi Bassi, Australia e Nuova Zelanda (dove eutanasia e SA sono depenalizzati), Stati Uniti e Svizzera (dove vi è apertura nei confronti del SA) e Austria (dove il SA è concesso a condizioni stabilite da una legge del 2022).

Sono state escluse pubblicazioni che non coinvolgevano una popolazione di infermieri e che affrontavano tematiche non pertinenti all'obiettivo dell'analisi, nonché editoriali, opinioni personali e articoli privi di una metodologia di ricerca strutturata.

RISULTATI: La regolamentazione della MMA introduce, con una variabilità riferibile alle differenti realtà geografiche in cui questa è praticabile, una tipologia di lavoro altamente complessa che comporta nuove sfide professionali per il personale e le organizzazioni sanitarie coinvolti. Il grado di coinvolgimento influenza il vissuto dell'infermiere: quando il suo coinvolgimento è diretto, sperimenta un impatto emotivo intenso nel contesto di un'esperienza umana e professionalmente significativa che può tuttavia generare affaticamento emotivo e un senso di colpevolizzazione. Quando il coinvolgimento dell'infermiere sia invece indiretto o marginale, il personale lamenta disorientamento e frustrazione correlati al mancato riconoscimento del proprio ruolo professionale e alla difficoltà nel mantenere una continuità assistenziale con il paziente.

La maggioranza degli infermieri si dichiara favorevole a partecipare, con grado di coinvolgimento variabile, alla pratica, nel rispetto del principio dell'autonomia del paziente e con l'obiettivo di sollevare lo stesso da una sofferenza psicofisica intollerabile. Al contempo, essi lamentano diversi elementi dissuasori sia individuali che professionali.

Tra questi: la carenza di competenze comunicative per affrontare le conversazioni sulla MMA all'interno di una cornice normativa non sempre chiara, l'impatto emotivo elevato in assenza di sostegno e di condivisione con l'équipe multidisciplinare e il senso di fallimento per il mancato raggiungimento di un efficace controllo dei sintomi attraverso le cure palliative.

Quando gli infermieri decidano di negare il proprio coinvolgimento nella procedura, perché in contrasto con il proprio sistema valoriale e con i propri obiettivi di cura (obiezione di coscienza), essi dichiarano un senso di isolamento professionale dato da una difficile relazione con l'équipe e riportano le sfide professionali che devono essere affrontate per mantenere una continuità assistenziale con il paziente.

CONCLUSIONI: La MMA è un'esperienza complessa che coinvolge non solo il paziente ma anche chi lo accompagna lungo il percorso che ha scelto di intraprendere. La risposta individuale ed emotiva dei professionisti coinvolti nelle richieste di MMA, ed eventualmente anche del loro espletamento, è condizionata dal sistema valoriale individuale, dal grado di responsabilità e coinvolgimento professionale e dalla disponibilità di sistemi di supporto, linee guida e formazione specifica.

Ciò che emerge dalla letteratura analizzata è la necessità di costruire una nuova pratica infermieristica con interventi organizzativi ed educativi che promuovano lo sviluppo di competenze specifiche sia individuali che di équipe. L'integrazione di una formazione adeguata sulla riflessione bioetica nel curriculum degli studi infermieristici potrebbe fornire le competenze necessarie per affrontare le rilevanti questioni etiche sollevate dalle richieste di MMA.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



La mancanza di indicazioni precise per tutti gli attori coinvolti nelle varie fasi della MMA è spesso fonte di difficoltà nello stabilire i confini delle responsabilità professionali degli infermieri; la loro implementazione permetterebbe di garantire un efficace e adeguato coinvolgimento [1-10].

BIBLIOGRAFIA:

- [1] Pesut, B., et al. (2020). Constructing Good Nursing Practice for Medical Assistance in Dying in Canada: An Interpretive Descriptive Study. *Global Qualitative Nursing Research*, 7, 2333393620938686.
- [2] Bustin, H., et al. (2024). A meta-synthesis exploring nurses' experiences of assisted dying and participation decision-making. *Journal of Clinical Nursing*, 33(2), 710–723.
- [3] Davidson, J. E., et al. (2022). Nurses' values on medical aid in dying: A qualitative analysis. *Nursing Ethics*, 29(3), 636–650.
- [4] Pesut, B., et al. (2020). Riding an elephant: A qualitative study of nurses' moral journeys in the context of Medical Assistance in Dying (MAiD). *Journal of Clinical Nursing*, 29(19–20), 3870–3881.
- [5] Zeilinger, E. L., et al. (2025). Nurses' perspectives on assisted suicide: Challenges and support needs. *Social Science & Medicine*, 366, 117663.
- [6] Zeilinger, E. L., et al. (2024). Experiences and attitudes of nurses with the legislation on assisted suicide in Austria. *Palliative & Supportive Care*, 22(6), 2022–2028.
- [7] Joolae, S., et al. (2022). Medical assistance in dying legislation: Hospice palliative care providers' perspectives. *Nursing Ethics*, 29(1), 231–244.
- [8] Brown, J., et al. (2021). "What Is Right for Me, Is Not Necessarily Right for You": The Endogenous Factors Influencing Nonparticipation in Medical Assistance in Dying. *Qualitative Health Research*, 31(10), 1786–1800.
- [9] Freeman, S., et al. (2021). Hospice care providers' experiences of grappling with medical assistance in dying in a hospice setting: A qualitative descriptive study. *BMJ Palliative Care*, 20(1), 55.
- [10] Sandham, M., et al. (2022). Nurses' experiences of supporting patients requesting voluntary assisted dying: A qualitative metasynthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 78(10), 3101–3115.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL PRIMO CASO DI SUICIDIO MEDICALMENTE ASSISTITO IN ITALIA: RICOSTRUZIONE E IMPLICAZIONI INFERMIERISTICHE

Silvia Astrid Contini¹, Maura Lusignani²

¹ASST Sette Laghi, Varese, Italia, ²Università degli Studi di Milano, Milano, Italia

SCOPO: In Italia, la Legge 219/2017 ha definito il rapporto medico-paziente basato sul consenso informato e garantito la possibilità di decidere come e se volere essere curati, sottoscrivendo le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) o la Pianificazione Condivisa delle Cure: decisioni che valgono anche per la sospensione dei trattamenti salva-vita, dell'idratazione e nutrizione artificiale.

Poco dopo l'entrata in vigore della Legge, la Corte Costituzionale con la Sentenza 242/2019 ha allargato le sue previsioni. È stato osservato che ove un paziente sia affetto da una patologia irreversibile, fonte di sofferenze fisiche o psicologiche ritenute intollerabili, sia tenuto in vita da trattamenti di sostegno vitale e pianamente capace di prendere decisioni libere e consapevoli - come per la Legge 219/2017 - lo stesso può giungere a morte chiedendo la sospensione dei trattamenti e non si ravvede il divieto assoluto di giungere allo stesso esito chiedendo l'assistenza al suicidio. In questo modo la Sentenza 242/2019 ha ammesso il suicidio medicalmente assistito.

Nel 2020, Mario (pseudonimo) marchigiano, tetraplegico per evento traumatico da oltre un decennio, con residuo movimento del capo e parziale movimento di un avambraccio, venne a conoscenza della Sentenza. Mario conservava piena capacità intellettuale e cognitiva, era inserito in un solido contesto familiare e aveva fatto tentativi, infruttuosi, di recupero della propria disabilità. La consapevolezza dell'irreversibilità della propria condizione e le sofferenze sollecitarono in lui il fermo e autonomo convincimento di voler morire. Sottoscrisse le DAT in cui rifiutò ulteriori trattamenti sanitari, compresa l'assunzione di farmaci che alterassero il suo stato di coscienza; entrò in contatto con un'associazione italiana no profit e sulla scorta di quanto stabilito dalla Sentenza della Consulta, nel settembre 2020 fece richiesta di suicidio medicalmente assistito alla propria Azienda Sanitaria di riferimento.

La richiesta - la prima in Italia - incontrò ostacoli. All'inizio l'Azienda Sanitaria non accolse la domanda. Mario si rivolse al Tribunale competente per territorio, il quale dapprima rigettò il ricorso e, poi, in un secondo momento, impose all'Azienda stessa di valutare il caso, secondo quanto stabilito dalla Consulta. Valutate le condizioni e riconosciuta l'idoneità psico-fisica di Mario, furono sollevati problemi riguardo la scelta, la prescrizione, l'approvvigionamento del farmaco letale da usare e la fornitura degli ausili necessari per l'assistenza. Il complesso iter della procedura si concluse nel giugno 2022 - 21 mesi dopo la richiesta - grazie all'assistenza fornita dal medico anestesista, consulente di parte di Mario e a una raccolta fondi promossa per acquistare i dispositivi medici.

Lo studio ricostruisce l'intera vicenda del primo caso di suicidio medicalmente assistito attuato legalmente in Italia.

METODO: Per raggiungere lo scopo, sono state condotte interviste orali che hanno coinvolto le figure rilevanti come: il medico legale designato per coordinare i gruppi di valutazione sanitaria previsti; il medico anestesista e consulente di Mario che seguì la vicenda dalla presentazione della domanda alla conclusione; l'infermiere di assistenza domiciliare di Mario, in qualità di unico professionista sanitario di riferimento del paziente nel corso dell'intera vicenda.

Il contributo infermieristico è stato particolarmente rilevante dal momento che ha reso possibile la conoscenza dei vissuti avuti sia nel contesto familiare sia in quello sanitario dopo che Mario aveva deciso di chiedere l'assistenza al suicidio rifiutando anche le cure palliative, e ha consentito di sondare la consapevolezza etica e deontologica del ruolo svolto dall'assistenza sanitaria, in particolare infermieristica, quando si assistono pazienti che condividono le volontà del proprio fine-vita.

Oltre alle fonti orali, è stato fatto ricorso a fonti scritte, reperendo e consultando delibere, sentenze e altri documenti ufficiali (ove possibile) e articoli di stampa o in rete. In questo modo è stato possibile ricostruire con precisione la cronologia dei fatti e i vari passaggi dell'intera vicenda.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Infine, è stata esaminata l'ampia letteratura critica Italiana e internazionale inerente le tematiche di fine-vita, allo scopo di individuare un criterio organizzatore del discorso.

RISULTATI: Sul tema del suicidio medicalmente assistito vi sono posizioni divergenti. Da una parte quella di chi sostiene che la Sentenza 242/2019 consenta l'assistenza al suicidio solo a fattispecie particolari di pazienti, le quali rappresenterebbero casi isolati ed eccezionali. Dall'altra parte, invece, c'è la posizione di chi riconosce che il suicidio assistito sia, sì, ammesso in una circoscritta area, ma ritiene che questo sia solo il primo passo di un percorso in crescita. La Consulta ha, infatti, stabilito che la richiesta di accedere all'assistenza al suicidio è speculare alla richiesta di sospensione dei trattamenti e, come in forza della Legge 219/2017 il paziente ha diritto di richiedere la sospensione, così le persone che si trovano nella circoscritta area delineata dalla Sentenza hanno il diritto di richiedere l'assistenza al suicidio.

Dalla ricostruzione del caso Mario è emerso come lui fosse portatore di diritti specifici. Questo è stato il primo caso italiano di suicidio medicalmente assistito e molti aspetti rivelano come abbia contribuito a delineare una nuova pratica sociale, cioè quella in cui la morte volontaria assistita diviene un'opzione tra possibili scelte, non di rado alternativa alla sospensione dei trattamenti. Vi sono situazioni nelle quali le cure, comprese quelle palliative, non sono più ritenute dalla persona il trattamento utile ad alleviare le sofferenze e a garantire la dignità. In questi casi, l'esercizio del malato di diritti nel fine-vita consiste nel poter decidere tra alternative possibili, esprimendo con ciò la propria autonomia decisionale e autodeterminazione.

CONCLUSIONI: Le diverse possibilità di scelta nel fine-vita portano a domandarsi se la morte debba continuare a essere considerata un evento infelice oppure se, ove richiesta, essa non sia – in quanto volontà del paziente – da considerare come scelta e interpretazione personale di dignità che alla fine della vita ogni malato chiede di poter avere.

Dalla ricostruzione di questo caso emergono, così, nuovi interrogativi etici e deontologici per i professionisti sanitari, inclusi gli infermieri, e altre domande si presentano sul ruolo e il compito delle cure palliative, problemi che richiedono ulteriori approfondimenti.

BIBLIOGRAFIA: Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Corte Costituzionale, Sentenza n. 242/2019.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



COSTRUIRE PONTI NELLA COMPLESSITÀ: LA SINERGIA TRA CURE PALLIATIVE E IPERTENSIONE POLMONARE ARTERIOSA ATTRAVERSO LA MEDICINA NARRATIVA IN CURE PALLIATIVE

Danila Zuffetti¹, Pisana Ferrari¹

¹AIPI Italia, Lodi, Italia, ²AIPI Italia, Bologna, Italia

SCOPO: L'ipertensione polmonare arteriosa (IPA) è una condizione cronica rara e altamente invalidante che impatta in modo significativo su molteplici dimensioni della vita del paziente. La gestione di questa patologia richiede un approccio integrato, capace di coniugare aspetti clinici, psicologici e relazionali. In risposta a questa complessità è nato, per la prima volta a livello mondiale, un progetto che unisce in maniera strutturata le cure palliative e la medicina narrativa specifica per la cronicità avanzata, applicando il NaMPaC Model® (Narrative Medicine in Palliative Care). Il progetto è stato sviluppato in collaborazione con la Presidente dell'Associazione Italiana Ipertensione Polmonare (AIPI) e Vicepresidente dell'Associazione Europe per l'ipertensione polmonare, nonché paziente trapiantata. L'intervento mira a verificare come la medicina narrativa, all'interno di un modello strutturato e validato per le cure palliative, possa sostenere i pazienti affetti da ipertensione polmonare arteriosa nel riconoscimento e nell'espressione dei propri bisogni, anche a livello clinico, migliorando il benessere soggettivo e rafforzando le relazioni di cura.

METODO: A partire da maggio 2024, sette pazienti con diagnosi di ipertensione polmonare arteriosa e un caregiver sono stati coinvolti in un percorso pilota basato sull'applicazione del NaMPaC Model®. Il protocollo ha previsto l'erogazione di 45 ore di consulenze narrative individuali, articolate in fasi valutative e dialogiche, con l'ausilio di strumenti validati per la misurazione della qualità della vita e dell'impatto dell'intervento. Considerata la ricchezza delle narrazioni emerse e i bisogni ancora attivi, il progetto è stato esteso fino a dicembre 2024 e proseguirà nel 2025.

RISULTATI: Sono stati condotti 50 colloqui narrativi, che hanno evidenziato effetti positivi nella sfera emotiva, relazionale e di consapevolezza dei partecipanti. I pazienti hanno dimostrato maggiore capacità di esprimere vissuti complessi legati alla malattia, quali il dolore fisico, l'impossibilità di avere figli, la fatica di gestire la quotidianità, la paura del trapianto e quella della morte. Il caregiver ha acquisito strumenti concreti per comprendere meglio il ruolo di supporto e gestire lo stress. La condivisione di esperienze e l'ascolto narrativo hanno favorito una rielaborazione del percorso di cura, rafforzando l'alleanza terapeutica.

CONCLUSIONI: Questa esperienza rappresenta un'innovazione nel panorama internazionale, dimostrando l'efficacia della medicina narrativa, applicata in ambito palliativo, anche per patologie croniche ad alta complessità come l'ipertensione polmonare arteriosa. Il NaMPaC Model® si conferma una risorsa metodologica capace di integrare gli aspetti clinici con quelli umani della cura, generando un impatto significativo sulla qualità della vita e sull'interazione paziente-caregiver. La sinergia tra discipline emerge come una via concreta per una medicina più umana, partecipata e personalizzata.

BIBLIOGRAFIA: Galie N, Humbert M, Vachiery JL, et al. 2015 ESC/ERS Guidelines for the diagnosis and treatment of pulmonary hypertension. Eur Respir J. 2015;46(4):903-975. doi:10.1183/13993003.01032-2015

Jenkins DP, Badesch DB, Barst RJ, et al. The importance of patient perspectives in pulmonary hypertension. Eur Respir Rev. 2018;27(150):180079. doi:10.1183/16000617.0079-2018



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



L'INCONTRO DI DUE VITE. STORIA DI UN ACCOMPAGNAMENTO.

Giada Francesca Perego¹, Daniela Airoldi Bianchi², Micaela Donatelli Castiglioni³

¹ VIDAS, Milano, Italia, ² Teatro Officina, Milano, Italia, ³ Università degli Studi di Milano-Bicocca - Dipartimento di scienze umane per la formazione R. Massa, Milano, Italia

SCOPO: Scopo del lavoro è presentare la performance teatrale quale elaborato finale di tesi di una studentessa del Master Universitario Interdipartimentale di I livello in Medical Humanities e Scienze della Narrazione in Medicina dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Nella relazione di cura, operatore sanitario e paziente devono essere considerati entrambi protagonisti con pari dignità, il primo in considerazione delle proprie conoscenze e competenze, il secondo in quanto massimo esperto di sé. In quest'ottica, il rapporto che si instaura è da considerarsi bidirezionale. Tra i due, infatti, si stabilisce un legame di reciprocità che, attraverso un processo comunicativo, induce un cambiamento tanto nell'operatore, quanto nella persona assistita (1).

Il curante, al pari del curato, diventa soggetto/oggetto della cura da cui l'importanza della formazione di tutti i professionisti che si occupano degli altri, e specialmente, di tutti coloro che svolgono la loro professione in contesti che calpestano i propri vissuti e le rappresentazioni personali (2).

Nel corso del Master in Medical Humanities e Narrazione in Medicina, agli studenti è offerta l'opportunità di sperimentare su di sé alcune tecniche normalmente usate per la formazione degli attori. Attraverso il laboratorio di Medicina Narrativa presso la sede di un noto Teatro milanese, gli studenti sono messi nelle condizioni di sperimentare anche l'atteggiamento del silenzio interiore e dell'assenza di giudizio verso sé e verso l'altro, simulando scene di cura realmente accadute e ponendosi nel ruolo del paziente.

METODO: Rappresentazione teatrale quale project work personale nell'ambito del percorso di master universitario, partendo dal racconto di un'assistenza reale e del rapporto che si è instaurato tra l'infermiera dell'équipe di cure palliative domiciliari e una giovane paziente e la sua famiglia. La realizzazione del progetto è avvenuta attraverso tre fasi per una durata complessiva di tre mesi.

Fase 1: la scrittura del racconto. La narrazione prende inizio il giorno in cui l'infermiera e la paziente si incontrano per la prima volta e termina il giorno del decesso della Paziente. Dopo una descrizione dettagliata degli ambienti, della Paziente e di alcuni episodi in cui lei e la sua famiglia sono protagonisti insieme all'équipe di cure palliative, segue una breve riflessione dell'autrice rispetto al rapporto tra la bellezza che sostanzia il modo di vivere il proprio lavoro di assistenza e cura, anche quando l'accompagnamento alla morte diventa faticoso per il professionista.

Fase 2: lettura assistita e audioregistrazione del testo. L'obiettivo della seconda fase del project work è stato quello di introdurre la studentessa al linguaggio teatrale, in maniera tale che la rappresentazione sul palcoscenico potesse poi risultare credibile, non artificiosa.

Fase 3: rappresentazione teatrale. Si tratta di un monologo in assenza di spettatori che è stato realizzato con il supporto di una guida esperta.

RISULTATI: Il risultato delle prime due fasi è stato propedeutico per la realizzazione della rappresentazione teatrale conclusiva. Fondamentale è stata la guida della tutor, attrice e pedagoga teatrale, che anticipando o suggerendo le parole e le emozioni suscitate da un particolare episodio, ha permesso alla studentessa di rivedere e risentire ogni passaggio del testo, di spogliarsi delle proprie corazzе emotive quotidiane e di rivivere quelle emozioni in maniera autentica e sincera. L'uso delle tecniche proprie del teatro ha permesso, inoltre, di oggettivare e poi trasformare gli attimi di allegria, di tristezza, di sofferenza, di gioia e d'impotenza vissuti durante l'assistenza, in un'opera non solo di cura verso di sé ma di vera e propria bellezza.

La videoregistrazione della performance teatrale ha dato vita a un video di noveminiuti: poter usufruire delle tecniche di registrazione, che consentono di eliminare eventuali errori di dimenticanza, forma o intonazione del testo, è stato fondamentale per la studentessa che è riuscita ad avere, in questo modo, un approccio confidente al palcoscenico.

L'esperienza formativa, che ha dato vita alla performance teatrale, racconta infine la bellezza e la potenza dell'incontro di due saperi, quello teatrale e quello dell'assistenza domiciliare in cure palliative.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CONCLUSIONI: Il Teatro consente di poter diventare altro o essere se stessi al di fuori delle consuete dinamiche di relazione, permette di sperimentarsi in libertà aprendo spazi di benessere personale e poter elaborare così la componente emozionale. Questo è vero anche per i professionisti della cura che vogliano approcciarsi al Teatro come a un luogo di crescita personale. Raccontare la storia di un malato o di un operatore della cura significa, infatti, consentire a quella vicenda di avere un significato per il solo atto di narrarla. In questo senso, il Teatro è sempre potenzialmente rituale di trasformazione e di liberazione. Nella vita di tutti i giorni ci comportiamo come se fossimo su una sorta di palcoscenico dell'esistenza (4). Così come gli attori, anche gli operatori della cura maturano quando imparano a lasciar emergere una dimensione intima e personale di sé, che poi si trasforma in azione. Per questo motivo il professionista oggi più che mai ha bisogno almeno nella formazione, di potersi concedere uno spazio e un tempo per poter pensare, pensarsi, pensare la propria storia e la personale vicenda professionale (5). L'esperienza maturata nell'ambito del master in Medical Humanities e Narrazione in Medicina conferma quanto già noto su un piano teorico, ovvero l'importanza di percorsi formativi multidisciplinari per gli operatori sanitari, che siano aperti anche alle discipline umanistiche e alle forme d'arte, perché l'arte ci consola, ci solleva, l'arte ci orienta (6).

BIBLIOGRAFIA:

1. Palmieri C. La cura educativa. 2000. FrancoAngeli, Milano.
2. Spinsanti S. La medicina vestita di narrazione. 2016. Il Pensiero Scientifico, Roma.
3. Bernardi C. Il teatro sociale. L'arte tra disagio e cura. 2004. Carrocci editore, Roma.
4. Goffman E. La vita quotidiana come rappresentazione. 1997. Il Mulino, Bologna.
5. Mortari L. Apprendere dall'esperienza. Il pensare riflessivo nella formazione. 2003. Carrocci, Roma.
6. Terzani T. Un'altro giro di giostra. Viaggio nel bene e nel male del nostro tempo. 2004. Longanesi, Milano.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RAACONTARE LE RETI CHE L'HOSPICE PUÒ COSTRUIRE CON LA PERSONA MALATA E CON LA SUA FAMIGLIA

Luisa Nervi¹, Irene Baronchelli¹, Magda Fontanella¹, Maurizio Giassi¹, Patrizia Miranda¹, Michela Mazzola¹

¹Hospice Padre Luigi Tezza, Capriate San Gervasio, Italia

SCOPO: Lo scopo del lavoro è quello di raccontare l'hospice come spazio di costruzioni di rete relazionali, tra la persona malata, la sua famiglia, gli operatori e i volontari per valorizzare le abilità di cura non strettamente tecniche, che, prendendo spunto da Stefania Polvani, definiremo narrative. Quelle abilità che si basano sull'ascolto, la comunicazione e la relazione.

L'hospice è una struttura complementare ed integrata all'ospedale e al domicilio, costituisce uno dei nodi della Rete Locale di Cure Palliative; garantisce assistenza sociosanitaria residenziale a bassa tecnologia, ma ad altissimo livello di prestazioni assistenziali.

L'hospice costituisce l'ambiente di accoglienza più adatto quando la persona malata ha bisogno di cure che non possono più essere erogate al domicilio, quando l'impegno assistenziale diventa troppo difficile e gravoso per la famiglia, quando la sintomatologia correlata alla malattia si acuisce rendendone difficile la gestione a casa, oppure quando il malato vive solo o in condizioni abitative inadeguate. I pazienti accolti in hospice vivono a volte realtà di marginalità sociale e solitudine affettiva, l'equipe si fa carico di queste persone diventando luogo di prossimità relazionale, cercandoli e riallacciare legami affettivi a volte lacerati dal tempo e dalle fatiche della malattia, diventando nodo di una rete non solo strutturata (Rete Locale di Cure Palliative) ma anche relazionale e affettiva.

METODO: La metodologia utilizzata è quella propria della Medicina Narrativa, una "metodologia che stimola la narrazione, da parte del paziente, del proprio stato malattia, nell'intento di dare un senso e quindi sollievo alla sofferenza, di favorire la creazione di un rapporto di fiducia e comprensione tra malato e personale medico e di capire il quadro patologico individuale, ossia nello specifico contesto della persona sofferente" (Treccani). Si è inoltre utilizzato il concetto di autobiografia che cura il sé di Demetrio "Il viaggio autobiografico è cura di sé, è autoterapia che segnala luci e ombre del necessario conflitto interiore che conduce alla costruzione dell'identità personale. È un viaggio che ha inizio nel ricordo, nelle sensazioni oniriche, nell'esistenza, ma che non possiede mai un termine, perché il processo di costruzione dell'identità da parte del soggetto è continuamente in fieri". Nella presentazione cercheremo di tipo qualitativo si è utilizzata questa metodologia per narrare le storie delle persone e delle famiglie che hanno vissuto all'interno dell'hospice un pezzo del loro cammino. È stato strutturato un laboratorio di tre incontri, gli operatori hanno individuato due persone che abbiamo seguito e attraverso la scrittura si sono raccontate le loro storie per arrivare alla creazione di una narrazione comune, con l'obiettivo di creare una storia comune a tutti gli operatori e permettere a ciascun membro dell'equipe di vedersi narrato anche dagli altri.

RISULTATI: L'equipe ha così ricostruito due storie dal punto di vista degli operatori che si sono narrati nel loro ruolo di curanti e di costruttori di relazioni e di reti per la persona malata che non ne aveva o che aveva la necessità di ricostruirle.

CONCLUSIONI: La narrazione come strumento di cura non solo delle persone che curiamo, ma anche dell'equipe, attraverso la narrazione del lavoro svolto con le persone, la narrazione che cura l'equipe e che permette di dare un'identità al lavoro che ogni giorno si svolge anche con famiglie che non ci sono o con le famiglie complesse che necessitano di supporto per tessere una rete che sostenga in un momento di fragilità.

BIBLIOGRAFIA:

Polvani S. (2022), "Cura alle stelle. Manuale di salute narrativa." Maria Margherita Bulgarini editrice, Firenze.
Spinsanti S. (2016), "La medicina vestita di narrazione." Il Pensiero Scientifico Editore, Roma.
Demetrio D. (1996), "Raccontarsi. L'autobiografia come cura del sé." Raffaello Cortina Editore, Milano.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



APPLICAZIONE DEL METODO NARRATIVO NELLA PIANIFICAZIONE CONDIVISA DELLE CURE: ESPERIENZA DI UN HOSPICE PER ADULTI

Monica Mora¹, Maura Degl'Innocenti¹, Giada Carla Lonati¹, Barbara Rizzi¹

¹VIDASODV, Milano, Italia

SCOPO: Scopo del presente lavoro è la descrizione dell'esperienza maturata all'interno di un hospice per adulti di regione Lombardia, relativamente all'impiego della Medicina Narrativa nella Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC). Come previsto dall'articolo 5 della legge n.219 del dicembre 2017(1), infatti, la PCC rappresenta uno strumento prezioso anche nell'ambito della medicina palliativa potendo aiutare i clinici nella gestione delle conversazioni di fine vita durante le quali è importante che emergano i valori e le preferenze degli assistiti perché possano essere meglio focalizzati e condivisi gli obiettivi assistenziali e possa essere meglio personalizzato il percorso clinico-assistenziale per ogni singolo paziente.

Durante questo percorso, che si ispira ai principi base della narrazione applicata alla medicina(2), particolare attenzione è stata posta all'effetto dell'approccio narrativo sulla qualità della relazione tra paziente, familiari ed équipe.

METODO: Periodo di osservazione: anni 2023-2024.

Popolazione: pazienti adulti ricoverati in hospice nel periodo e per i quali è stato possibile effettuare una PCC con applicazione del metodo narrativo.

Metodologia per la stesura della PCC: colloqui narrativi semi-strutturati. Le interviste, basate su domande aperte, sono state effettuate da un unico medico palliativista, referente del progetto, dopo formazione mirata attraverso la partecipazione al Master Universitario Interdipartimentale di I livello 'Medical Humanities e Narrazione in Medicina' dell'Università degli Studi di Milano-Bicocca.

Analisi: si è osservato l'effetto concreto dell'approccio narrativo nella pratica clinica quotidiana.

Personale coinvolto: équipe medico-infermieristica dell'Hospice.

RISULTATI: Nel periodo di riferimento sono stati coinvolti 20 pazienti e realizzate altrettante PCC con la metodologia descritta. Per ogni PCC realizzata è stato impiegato un primo colloquio narrativo con intervista semi-strutturata durante il quale sono emersi gli elementi biografici utili alla definizione condivisa del percorso assistenziale, seguito da un secondo colloquio finalizzato alla stesura vera e propria della PCC. I documenti, firmati da paziente e medico, sono stati condivisi con il resto dei componenti dell'intera équipe assistenziale e inseriti in cartella clinica come parte integrante della stessa.

L'integrazione della narrazione nel percorso di cura ha permesso una più accurata definizione degli obiettivi terapeutici, migliorando la pertinenza e la personalizzazione degli interventi. In tutti i casi osservati, l'intervista narrativa ha facilitato l'emergere di alcuni elementi biografici rilevanti, che hanno orientato in modo più preciso le scelte cliniche contribuendo alla coerenza etica della cura.

La narrazione ha, inoltre, favorito un miglior dialogo con i familiari, facilitando la comprensione delle strategie terapeutiche proposte e contribuendo al rafforzamento dell'alleanza terapeutica non solo tra sanitari e paziente ma anche tra sanitari, paziente e familiari.

Infine, si è registrata una maggiore coesione dell'équipe e una più efficace condivisione del lavoro assistenziale per i pazienti che avevano espresso la PCC con metodo narrativo. Gli operatori coinvolti hanno riferito una riduzione del carico emotivo e una maggiore chiarezza nei percorsi decisionali, soprattutto in situazioni complesse dal punto di vista etico e relazionale grazie anche alla dinamicità dello strumento che poteva essere aggiornato in qualsiasi momento del percorso.

CONCLUSIONI: La nostra esperienza incoraggia nel proseguire l'utilizzo della medicina narrativa nella stesura della PCC in ambito palliativo. L'intervista semi-strutturata, infatti, ha permesso alla nostra équipe di integrare nella cura informazioni soggettive rilevanti, migliorando la qualità della pianificazione e la coerenza tra gli interventi e i valori del paziente. Questo approccio ha favorito la continuità della relazione di cura, anche in fase avanzata di malattia, rappresentando per l'intera équipe di cure palliative uno strumento efficace per affrontare situazioni complesse e di sostegno nella riflessione clinica e nella tenuta emotiva. Tuttavia, l'adozione sistematica del metodo richiede formazione specifica e strutture organizzative adeguate, pertanto sono necessari ulteriori approfondimenti per valutare l'impatto su esiti clinici, comunicativi e gestionali.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

BIBLIOGRAFIA:

1. Legge 22 dicembre 2017, n. 219 'Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento' (18G00006), Gazzetta Ufficiale Serie Generale n. 12 del 16-01-2018.
2. Micaela Castiglioni. La parola che cura. Edizioni Libreria Cortina Milano. 2016

KEY WORDS

Pianificazione Condivisa delle Cure

Medicina Narrativa

Cure Palliative



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA DONAZIONE DI CORNEE: OLTRE LA MEDICINA, UNA LETTURA ANTROPOLOGICA

Antonio Lizardo¹, Alexandra I. Gabris¹, Maja Caldato¹, Alberto Zanella¹, Daniele Vrenna¹, Roberto E. Moroni G.¹

¹Fondazione IRCCSCa'Granda-OspedaleMaggiorepoliclinico, Milano, Italia

SCOPO: La richiesta di fare dell'Hospice un centro attivo anche nel prelievo e nella donazione di Cornea non si contrappone con l'idea di un servizio centrato sulla qualità di vita anche nella fase avanzata e terminale di malattia, sulla buona relazione tra operatori e nucleo paziente famiglia, sulla corretta comunicazione e sul trattamento tempestivo ed efficace della sofferenza.

Benché apparentemente distanti i temi delle Cure Palliative e della donazione si devono incontrare su più livelli.

Il primo è quello della comunicazione e della ricostruzione delle volontà.

Il consenso al prelievo di cornea non può né deve essere ridotto all'atto istituzionale ma richiede un tempo di relazione che estende la verifica formale (la dichiarazione di volontà espressa all'ufficio anagrafe) al colloquio con l'avente diritto anche in casi di volontà donativa positiva. Il colloquio di verifica di fatto se ben strutturato è un momento di definizione di senso e di elaborazione del lutto e si colloca all'interno di quel processo di accompagnamento che si svolge dalla presa in carico in Cure Palliative sino al decesso. Un processo che in termini antropologici ricalca il concetto di rito di passaggio caro alla letteratura antropologica dagli studi di Van Gennep.

Il secondo livello riguarda gli operatori. Proprio perché si colloca in un contesto ad altissimo valore relazionale gli stessi operatori devono in qualche modo ridefinire il loro ruolo all'interno della relazione di cura e di supporto. Da un'iniziale perplessità degli operatori giustificata dal timore di una "contaminazione" di obiettivi, l'atto donativo diventa anche per gli operatori una estensione del prendersi cura e riempie, anche per gli operatori, il fine vita in un percorso ben più ampio di quello della morte in sé, della fine delle funzioni vitali riprendendo il concetto, espresso da moltissime culture tradizionali, che la persona non finisce con il proprio fine vita ma che persiste in un contesto relazionale più ampio e ricco di significati. Nel caso specifico non solo simbolici ma anche materiali perché l'atto donativo oltre ad avere un elevato valore simbolico/relazionale ha una propria concretezza materiale. In questo senso l'atto di donare le cornee e di accompagnare alla donazione, attraverso il colloquio la condivisione e l'atto tecnico assumono anche un alto valore in termini di solidarietà sociale.

Il lavoro indaga l'esperienza attraverso una indagine quantitativa e qualitativa il lavoro della donazione in Hospice attraverso l'esame dei dati a disposizione, le criticità del percorso formativo e raccoglie le voci degli operatori coinvolti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

E-POSTER

AREA 05 • ETICA E HUMANITIES

ASPETTI SPIRITUALI



LA SPERANZA È DELL'INVISIBILE LA SPERANZA E LA DIMENSIONE SPIRITUALE COME RISORSA NELLE EARLY PALLIATIVE CARE

Guidalberto Bormolini¹, Annagiulia Ghinassi¹

¹Fondazione Tutto è Vita Ets, Prato, Italia

SCOPO: Il presente lavoro mira a esplorare come il costrutto della speranza nella relazione con il paziente in un contesto di presa in cura precoce (con riferimento al modello delle Early Palliative Care), possa contribuire a una presa in cura integrale dei bisogni della persona, che abbracci le tre dimensioni dell'essere umano: fisica, psichica e spirituale. La speranza in questo contesto può costituire una risorsa nel potenziare la qualità di vita e la qualità di vita correlata alla malattia, sia in una fase precoce, sia quando si affaccia la prospettiva della terminalità. Alcuni studi mostrano come la speranza sia considerata un fattore fondante della relazione di cura di fronte all'esperienza di una malattia grave e pertanto è stata approfondita nelle sue componenti e qualità dal punto di vista delle persone malate. Ci piace citare Elisabeth Kübler-Ross che parla della speranza come ciò che 'dà ai malati inguaribili il senso di una missione speciale nella vita, che li aiuta a conservare il coraggio, a sopportare'. Lo studioso italiano Fabrizio Benedetti ha approfondito l'importante ruolo della speranza nella comunicazione dei curanti: 'Tutti noi speriamo in qualcosa. Mai malato spera più di ogni altro. E sono le parole il mezzo più importante per infondere speranza: parole empatiche, di conforto, fiducia, motivazione. (...) Le parole innescano gli stessi meccanismi dei farmaci, e in questo modo si trasformano da suoni e simboli astratti in vere e proprie armi che modificano il cervello e il corpo di chi soffre.' Alcuni studi (Johnson 2007) mostrano inoltre quali sono i fattori che rafforzano la speranza di fronte alla malattia e fra questi di grande importanza è considerata la cura della dimensione spirituale.

METODO: Spesso nella relazione operatore sanitario-paziente di fronte alla malattia a prognosi infausta, la necessità di 'non togliere la speranza' viene tradotta nel perseguire terapie e indagini diagnostiche spesso eccessive o inutili. In questa ottica sin dalla diagnosi di malattia è auspicabile adottare un modello di Cure Palliative precoci in cui potenziare il fattore della speranza, in un'ottica però di cure palliative integrali. In particolare, nel presente contributo si propone di lavorare sulla speranza su tre livelli: la speranza dal punto di vista della cura fisica, la speranza psichica e quella spirituale. Naturalmente in una fase precoce particolare importanza sarà data alla speranza legata alla dimensione fisica (una speranza legata all'efficacia delle cure, la guarigione o comunque il miglioramento della QoL), ma comunque lavorando contemporaneamente, sin da una fase precoce, anche sulle altre due dimensioni della speranza. Se nell'evolversi della malattia la speranza legata alla guarigione fisica dovesse mutare prospettiva, le altre due dimensioni si potenzieranno. Ci piace a questo proposito usare l'analogia dei missili che partono per i viaggi spaziali: man mano che salgono nel cielo 'perdono pezzi', come noi umani nel nostro viaggio verso il 'cielo', affinché una minuscola parte di quel veicolo, la più preziosa, giunga su un altro pianeta. In quest'ottica allora la perdita di queste parti di sé non è negativa ma è necessaria proprio per consentire il processo che porta alla meta più elevata e al raggiungimento del termine del viaggio. Allo stesso modo, con il progredire della malattia, è come se noi iniziamo a lasciare andare gli stadi fisici del missile perché progressivamente la speranza è sempre più psichica e spirituale. Ciò è possibile solo se dal momento della diagnosi lavoriamo su tutte e tre le dimensioni fisica, psichica e spirituale.

Nella relazione e comunicazione col paziente a livello fisico possiamo nelle fasi precoci lavorare in particolare sulla speranza legata a guarigione o al prolungare l'aspettativa di vita e anche alla qualità di vita. A livello psichico il focus sulla speranza nella relazione consente di potenziare la resilienza e potenziare le risorse psichiche ed emotive per trasformare l'esperienza di malattia in un nuovo modo di vivere la vita. A livello spirituale potenziare la dimensione della speranza può consentire di investire sulla dimensione invisibile e trascendente (accogliendo e rafforzando le risorse spirituali così come sono concepite da quel paziente), che consenta di restare integri anche a fronte dell'esperienza della malattia che progredisce. Quando cessa il fisico, è il momento in cui il razzo ha perso tutti i suoi stadi che gli hanno permesso di salire in cielo, inteso come dimensione invisibile e trascendente. Allora gli stadi sono preziosi proprio perché hanno compiuto la loro missione.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



RISULTATI: /

CONCLUSIONI: Gli studi che fanno riferimento alla TMT (Terror Management Theory) che si sono occupati della gestione della paura della morte mostrano che la grande angoscia rispetto alla fine di questa vita spesso non è dovuta in modo primario alla paura della sofferenza, alla separazione, al distacco, ma all'annientamento. Se la vita è solo un corpo, o se si vive come se esistesse soltanto il livello materiale, sapere che quanto si è 'investito' finisce annichilito non potrà che generare angoscia. Ma se pensiamo che il corpo è un veicolo che ha lo scopo di condurci alla meta di un meraviglioso viaggio, che cosa importa se è andato a pezzi lungo il percorso: l'importante è arrivare! Potenziare la dimensione della speranza nella relazione di cura può far emergere risorse quanto mai importanti per ben accompagnare la fase terminale di una persona malata. Con le illuminanti parole di Raimon Panikkar: 'La speranza non è del futuro ma è dell'invisibile. Di quest'altra dimensione che è già qui, che è tra di noi, che è là [...] Io non spero nel futuro, il futuro non viene più tardi. Quindi cosa spero? Niente, perché la speranza è di vedere l'invisibile'.

BIBLIOGRAFIA:

Benedetti F., La speranza è un farmaco. Mondadori.
Johnson S. Hope in terminal illness: an evolutionary concept analysis. Int J Palliat
Kübler-Ross E. (1976), La morte e il morire, Cittadella Editrice, Assisi.
PANIKKARR., GUZZIM., La speranza è dell'invisibile, Anima Mundi, Otranto 2021.
Solomon, S.; Greenberg, J.; Pyszczynski, T. (1991). 'A terror management theory of social behavior: The psychological functions of self-esteem and cultural worldviews'. Advances in Experimental Social Psychology. 24 (93): 159.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



IL RUOLO DELLA SPIRITUALITÀ PER LA RIDUZIONE DELL'ANSIA NEL PAZIENTE IN FINE VITA

Greta Ghelardi¹, Viviana Perdonò¹

¹Università degli Studi di Milano, Milano, Italia, ²ASSTOvestMilanese, Legnano, Italia

SCOPO: Tra gli obiettivi delle cure palliative vi è quello di migliorare il benessere complessivo del paziente nella fase terminale della sua vita. Un elemento che può svolgere una funzione di primaria importanza nel fornire sostegno a queste persone è quello della spiritualità.

Spiritualità da intendersi nel senso più ampio del termine: di analisi di senso e significato, di legame con sé stessi, con gli altri e con il sacro.

La ricerca, quindi, sintetizza le evidenze scientifiche che chiariscono il ruolo dell'infermiere nei confronti del tema della spiritualità nel fine vita e mira a indagare i fattori che ostacolano l'integrazione di questa nelle pratiche cliniche. Infine, descrive gli interventi effettuati nei pazienti per ridurre l'ansia nel percorso delle cure palliative.

METODO: Per lo studio è stata fatta una revisione narrativa della letteratura secondo la dichiarazione PRISMA su database PubMed e CINAHL, utilizzando le parole chiave estratte dai Medical Subject Headings (MeSH).

Keywords: Palliative care, Death, Terminal care, Faith healing, Spirituality, Anxiety

RISULTATI: Sono venticinque gli articoli inclusi, che hanno esaminato la relazione tra spiritualità e ansia da morte nei pazienti terminali. Le pubblicazioni hanno fatto emergere come la spiritualità sia associata a una migliore qualità della vita e come sia di conseguenza necessario un maggiore supporto spirituale per questi pazienti. La maggior parte degli infermieri ha affermato anche che questa componente non solo non viene adeguatamente considerata, ma viene sottovalutata e non debitamente approfondita durante il percorso di studi.

CONCLUSIONI: Gli interventi che coinvolgono gli aspetti spirituali incidono positivamente sul benessere interiore dei pazienti in cure palliative. A loro, infatti, sono associati livelli più bassi di ansia da morte. I sintomi di sofferenza fisica e interiore, quindi, richiedono la medesima attenzione e molto spesso coincidono. Sarebbe importante dunque creare linee guida e programmi di formazione volti a istruire il personale sanitario in merito all'importanza della cura spirituale nel fine vita: questa, infatti, riveste un ruolo chiave nell'accompagnare i pazienti nel loro percorso verso la morte. È fondamentale riconoscere l'importanza delle istituzioni accademiche, che possono contribuire in modo significativo alla preparazione degli infermieri, fornendo loro strumenti per includere nella pratica clinica interventi spirituali adeguati.

BIBLIOGRAFIA:

- A., D., 2009. PubMed.[Online].
Anderson JW, N. P., 2016. PubMed.[Online].
Ando M, M. T. A. T. O. T., 2010. PubMed.[Online].
Ando M, M. T. O. T. N. Y., 2008. PubMed.[Online].
Bovero A, L. P. M. M. R. G. T. R., 2016. PubMed.[Online].
Bovero A, T. C. B. R. O. M. G. - C. F. T. R., 2019. PubMed.[Online].
Chen, J. et al., 2021. CINAHL.[Online].
Delgado-Guay, M. O., Palma, A., Duarte, E. & Grez, 2021. CINAHL.[Online].
GB, B., 2010. PubMed.[Online].
Ghorbani, F., Roohani, M., Amini, K. & Ahmadi, 2023. CINAHL.[Online].
Green, C., 2021. CINAHL.[Online].
Heidari Gorji, M. A., Ghorbani Vajargah, P. & Salami, 2024. CINAHL.[Online].
Heras Braseró, M. d. M. & van der Hofstadt Román, C. J., 2024. CINAHL.[Online].
Kandasamy A, C. S. D. G., 2011. PubMed.[Online].
Kisvetová H, K. M. K. L., 2013. PubMed.[Online].
McClain-Jacobson C, R. B. K. A. P. H. C. J. B., 2004. PubMed.[Online].
Mendes BV, D. S. S. T. P. R. J.-M. P. S. M., 2023. PubMed.[Online].



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Miranda TPS,C.S.d. O.H.I. D.N.D.C.E., 2020. PubMed.[Online].
Neimeyer RA, C.J. C.R. T. A. S. E., 2011. PubMed. [Online].
Paukert AL, P. L C.J. L. S. L. J. S. M., 2009. PubMed.[Online].
Phillips LL, P.A. S.M.K. M., 2009. PubMed.[Online].
Prieto-Crespo, V., Arevalo-Buitrago, P. & Olivares-Luque, 2024. CINAHL.[Online].
Quinn, B. & Connolly, M., 2023. CINAHL.[Online].
Solaimanizadeh F, M.N. S.L., 2020. PubMed.[Online].
Xing L, G. X. B. L. Q. J. C. J., 2018. PubMed.[Online].



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



CERCANDO NUOVE STRADE: RIFLESSIONI SULLE CURE PALLIATIVE CON GIOVANI ADULTI.

Teresita Nuzzo¹, Eleonora Fusina², Irene Salvetti³, Giuseppe Moretto⁴, Mirko Riolfi⁵

¹ AULSS9 Scaligera Distretto 4, Verona, Italia, ² AULSS9 Scaligera Distretto 3 UOC IA/Età Evolutiva, Verona, Italia, ³ AULSS9 Scaligera Distretto 4 UOC Cure Palliative, Verona, Italia, ⁴ L'Acerò di Daphne ODV, Verona, Italia, ⁵ ASST Sette Laghi SC Cure Palliative Integrate, Varese, Italia

SCOPO: L'analisi della letteratura mostra che nella popolazione generale la conoscenza delle Cure Palliative (CP) è limitata e spesso ridotta al trattamento della malattia terminale, con particolare attenzione al sollievo dal dolore e alle problematiche legate al fine vita. Questa conoscenza risulta ancor più scarsa tra i giovani adulti, un gruppo poco studiato ma strategico per future iniziative educative. Sarebbe quindi importante investire proprio su questa fascia di popolazione, dal momento che i giovani sono più aperti all'apprendimento, al cambiamento e allo sviluppo di nuove prospettive, e saranno gli adulti di domani chiamati a compiere scelte e assumere responsabilità sia personali che comunitarie.

In questo contesto, il presente studio si propone di esplorare la percezione e la conoscenza delle cure palliative tra i giovani adulti attraverso un intervento divulgativo pensato appositamente per loro. L'intervento prevede un approccio educativo multidisciplinare, con discussioni, testimonianze e attività creative. Gli obiettivi sono due: aumentare la consapevolezza e la conoscenza delle CP nei giovani e individuare strategie educative efficaci per favorire una cultura del fine vita più consapevole e aperta.

METODO: Il progetto ha coinvolto diciassette studenti del quinto anno di un Liceo Artistico. La scelta di questo gruppo è motivata dal desiderio di approfondire le percezioni in una fascia di giovani adulti potenzialmente meno esposta a informazioni specialistiche di tipo medico-sanitario. L'intervento, della durata di 2 ore e 30 minuti, è stato strutturato come un'esperienza immersiva e multidisciplinare, coinvolgendo professionisti sanitari tra cui medici, infermieri e psicologi. L'obiettivo era fornire una visione olistica delle CP, affrontando aspetti clinici, emozionali, sociali e spirituali. La metodologia adottata per l'analisi è stata qualitativa e basata su due principali strumenti: gli elaborati artistici creati dagli studenti in risposta all'intervento e le risposte scritte a due quesiti specifici relativi alla percezione delle CP al fine vita. Si è ipotizzato che tali strumenti potessero offrire insight profondi sulle percezioni e sui sentimenti degli studenti. L'intervento è stato articolato nelle seguenti fasi:

- **Presentazione e Discussione Iniziale:** introduzione al tema delle CP con sessioni di domande e risposte per coinvolgere gli studenti.
- **Testimonianze Personali:** professionisti sanitari hanno condiviso esperienze personali per umanizzare le CP.
- **Attività Pratica:** esercitazione guidata per esplorare temi di sostegno e accompagnamento nella fase terminale.
- **Elaborazione Artistica:** realizzazione di un elaborato artistico che rappresentasse la personale interpretazione delle CP.
- **Risposta a due quesiti diretti:** al termine dell'intervento, gli studenti hanno risposto per iscritto a due domande mirate:
 1. 'Se sento l'espressione 'Cure Palliative' penso a...', per esplorare associazioni mentali immediate e pregiudizi sul tema;
 2. 'Quando penso al mio 'fine vita', cosa è importante per me?', per favorire una riflessione personale sui valori e le aspettative legate al fine vita.

RISULTATI: Dall'analisi degli elaborati artistici sono emerse diverse macroaree tematiche che offrono uno sguardo profondo e articolato sulla percezione di questo tema da parte dei giovani adulti. Le opere non solo riflettono le emozioni e le conoscenze legate alle CP, ma mostrano anche come l'arte possa diventare uno strumento potente per rappresentare la complessità emotiva, cognitiva e culturale che le accompagna. Le tre macroaree principali individuate sono:

- **Luce-Buio, Bianco-Nero, Vita-Morte (20%).** Gli studenti hanno utilizzato queste polarità per rappresentare la transizione tra due estremi esistenziali, concependo le cure palliative come un ponte tra la vita e la morte. La luce, spesso associata alla speranza e alla presenza rassicurante delle CP, si



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



contrappone al buio, simbolo dell'ignoto e della paura. Questa rappresentazione evidenzia il bisogno di accompagnamento e conforto nel momento del passaggio finale.

- Il viaggio come metafora del fine vita (17%). Il fine vita è stato raccontato attraverso la metafora del viaggio, del cammino o del passaggio verso l'Altà. Le cure palliative sono viste come un percorso condiviso con i propri cari e con i professionisti, più umano che clinico, dove l'aspetto relazionale ed emotivo ha un ruolo centrale. Questa visione trasforma la morte da evento conclusivo a tappa di un cammino, suggerendo una trasformazione interiore e spirituale.
- Emozioni positive (15%). Una discreta percentuale delle opere ha espresso emozioni come speranza, amore e pace. In queste rappresentazioni, le cure palliative emergono non solo come momento di sofferenza, ma anche come occasione per vivere esperienze di profonda connessione e serenità. Attraverso l'arte, gli studenti hanno colto la possibilità di luce e calore umano anche nelle fasi più difficili della malattia, richiamando l'importanza di comunicare il valore emotivo e spirituale delle CP, accanto a quello clinico.

Solo il 4% delle opere ha trattato i temi del tempo e dell'accettazione della morte, evidenziando una certa difficoltà ad affrontare direttamente queste dimensioni.

La figura allegata mostra i domini di senso evidenziati dalle risposte dei ragazzi ai due quesiti.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



"SE SENTO L'ESPRESSIONE "CURE PALLIATIVE" PENSO A..".



QUANDO PENSO AL MIO "FINE VITA", COSA È IMPORTANTE PER ME?



CONCLUSIONI: Questo progetto costituisce un esempio emblematico di come la Death Education, ovvero l'educazione alla morte, possa essere integrata in modo efficace nei percorsi formativi destinati ai giovani adulti. Attraverso un intervento informativo incentrato sulle cure palliative - che ha saputo coniugare momenti di discussione, testimonianze personali e produzione artistica - è stato possibile approfondire e ampliare la comprensione da parte degli studenti sui temi del fine vita, della morte e del sostegno nelle fasi terminali dell'esistenza.

Le macroaree tematiche emerse dall'analisi degli elaborati artistici e delle risposte ai quesiti proposti restituiscono un quadro ricco e articolato di percezioni, emozioni e rappresentazioni legate al concetto di cure palliative e alla dimensione del morire. Questi risultati mettono in evidenza l'efficacia di un approccio

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

multidisciplinare, capace di offrire agli studenti l'opportunità di esplorare argomenti complessi in modo autentico e profondo, utilizzando l'arte come strumento privilegiato di espressione e riflessione personale. L'introduzione della Death Education in contesti scolastici e comunitari rappresenta un passaggio cruciale verso la costruzione di una società più consapevole, capace di affrontare con maturità, empatia e senso critico i temi legati alla morte e al morire.

BIBLIOGRAFIA: Benini F. et al. Awareness, understanding and attitudes of Italians regarding palliative care. *Ann Ist Super Sanità* 2011;47: 253–259.

De Leeuw A, et al. (2015) Using the theory of planned behavior to identify key beliefs underlying pro-environmental behavior in high-school students: Implications for educational interventions. *J Environ Psych*. 2015;42:128-38.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



LA VALUTAZIONE DEI BISOGNI SPIRITUALI NELLE CURE PALLIATIVE DOMICILIARI DALL'IPOS ALLO SMILE

Francesca Mancini¹

¹Fondazione Gigi Ghirotti, Genova, Italia

SCOPO: Conoscere la morte e prepararsi a morire, vuol dire conoscere la vita e imparare a vivere.

Quali professionisti della Sanità è nostro obbligo etico occuparci di tutte le dimensioni della vita del paziente che possano avere un impatto sulla loro salute. Quindi fisica, psico relazionale e spirituale.

Il morente è ancora vivente e quando non è possibile guarire è sempre possibile prendersi cura: il malato inguaribile è ancora curabile. Questo è il principio fondante che muove le Cure Palliative che lavorano al fine di promuovere un accompagnamento individualizzato e dignitoso al morire, forti della consapevolezza che anche nelle fasi terminali dell'esistenza c'è ancora vita. La persona nella sua unicità che non si esaurisce nella malattia ma mantiene la propria singolarità anche durante l'ultimo atto della propria esistenza. È, infatti, la specificità di ogni singola persona che deve essere accolta, compresa e presa in carico: supportare e sostenere paziente e familiari in questo evento naturale è l'inizio per una cura umanizzata e la promozione di qualità di vita.

In seguito all'utilizzo dell'Ipso per la compilazione del Pai a livello assistenziale ho sentito il bisogno di approfondire l'ambito spirituale.

Per questo ho deciso di iscrivermi al Master in Accompagnamento Spirituale nella Morte e nella Malattia a Prato presso Tutto e' Vita.

La tesi del Master si occupa dell'approfondimento dei bisogni spirituali nei pazienti di Cure palliative.



METODO: Lo studio si occupa dell'approfondimento dei bisogni spirituali, nei pazienti seguiti da me, rilevati inizialmente attraverso la somministrazione dell'Ipso. L'Utilizzo di un nuovo strumento in Cure Palliative Lo Smile Schedule for meaning in life evaluation.

La tesi prevede lo studio del nuovo strumento attraverso la somministrazione al paziente di un'intervista strutturata dallo Smile.

Lo Smile è stato somministrato per la prima volta su pazienti in Cure Palliative.

Lo studio è iniziato a fine febbraio 2025 ed è tuttora in corso.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Il Dr Veronese traduttore Italiano di Ipos in data 7/2/25 ha fornito una formazione sull'utilizzo dello strumento Smile a me, il Coordinatore delle cure palliative domiciliari della Fondazione Gigi Ghirotti Fabio Carfagna e al mio relatore della tesi Dr Filippo Canzanico coordinatore SICP macroarea centro.

L'intervista è stata somministrata sui pazienti seguiti da me, in ambito territoriale, nel periodo di studio (febbraio 2025 tuttora in corso).

RISULTATI: Una prima percezione dei dati raccolti tramite il questionario, il colloquio con i pazienti ha portato a concludere come lo Smile potrebbe essere utilizzato efficacemente nelle cure palliative e che potrebbe essere di importanza fondamentale per un'ulteriore personalizzazione della cura: la variabilità delle risposte ottenute permette di affermare che sia in grado di captare i bisogni e le esigenze specifiche dei singoli individui. Lo Smile potrebbe consentire a tutta l'équipe una comprensione olistica dei bisogni del paziente, ed potrebbe essere utilizzata per la costruzione di un progetto di assistenza individualizzato PAI che va oltre la sola presa in carico dei bisogni fisici, psico relazionali. Medico, infermiere, psicologo, assistente sociale, volontario, assistente spirituale cooperano al fine di promuovere qualità di vita, mettendo a disposizione le proprie competenze.

CONCLUSIONI: L'assistente spirituale, dove lavora in équipe di cure palliative, ha sicuramente una funzione diretta nella cura delle persone ammalate, ma dovrebbe svolgere un ruolo non meno significativo nei confronti della stessa équipe di cura. Giovanni Zaninetta fondatore a Brescia del primo hospice in Italia ricorda che: tutti i membri dell'équipe sanitaria hanno la responsabilità di affrontare le questioni spirituali che sorgono all'interno del percorso di cura.

Le raccomandazioni future vanno nella direzione di un possibile utilizzo sistematico dello Smile per l'approfondimento di bisogni spirituali all'interno delle cure palliative, per permettere più facilmente una condivisione dei dati raccolti all'interno dell'équipe e l'integrazione dei bisogni spirituali nel PAI.

BIBLIOGRAFIA:

Cure palliative e ricerca spirituale B. Mazzocchi A. Bazzani

Accompagnatori accompagnati G. Bormolini

Assistenza alla persona malata, aspetti spirituali: G. Mix cinesi

Integrate palliative Outcomescale IPOS

Smile Schedule for Meaning in Life Evaluation

Translation and cognitive testing of Italian integrate palliative Outcomescale Ipos among patient and healthcare professionals S. Veronese E. Arbitri M. Costantini A. Valle.

Società Italiana di cure Palliative (SICP 2021) dall'individuazione precoce dei bisogni di cure palliative nel paziente adulto al piano di cura personalizzato, rete Cure palliative Toscana.

La cura spirituale Guido Alberto Bormolini Anna Giulia Ghinassi Simona Milanese

Illustrazione tratta da Noi Kodama di Bimba Landmann, © 2024 Camelozampa.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



BISOGNI SPIRITUALI DEI PROFESSIONISTI SANITARI NELLE CURE PALLIATIVE: UNO STUDIO OSSERVAZIONALE TRASVERSALE

Matteo Martinato¹, Jennifer Marnelli^{1,2}, Claudia Varagnolo¹, Tiziana Rizzo³, Eleonora Cason³, Tiziana Mondin⁴, Gianluca Sartore⁵, Luca Furlanetto⁶, Giuliana Menegaldo³, Caterina Agosto⁷, Giampaolo Luisetto⁸

¹Università degli Studi di Padova, Padova, Italia, ²GVM Cortina Srl, Cortina D'Ampezzo, Italia, ³SICP Regione Veneto, Italia, ⁴Rete Nazionale AS Cure Palliative, Italia, ⁵AULSS3 Serenissima, Venezia, Italia, ⁶AULSS2 Marca Trevigiana, Treviso, Italia, ⁷Azienda Ospedale-Università Padova, Padova, Italia, ⁸AULSS1 Dolomiti, Belluno, Italia

SCOPO: Nel contesto delle cure palliative, i professionisti sanitari affrontano quotidianamente con situazioni ad elevato impatto emotivo, che possono generare stress, affaticamento psicologico e profonde riflessioni sul significato del proprio operato. Essi sono chiamati a non solo gestire il dolore fisico e i sintomi debilitanti dei pazienti, ma anche a fornire un supporto psicologico e spirituale agli assistiti e ai loro familiari, nel difficile percorso del fine vita [1]. In tale scenario, la dimensione spirituale assume un ruolo cruciale per il benessere psico-emotivo degli operatori ed è spesso sottovalutata, ma fondamentale anche per chi non si riconosce in una religione specifica [3]. Il benessere degli operatori favorisce l'empatia e l'ascolto e l'attenzione ai bisogni globali della persona assistita, migliorando così la gestione dei sintomi e a garantire un'esperienza più dignitosa nelle fasi terminali della malattia [2]. Tuttavia, la letteratura evidenzia una carenza di studi sistematici che esplorino in profondità l'esperienza emotiva e spirituale dei caregiver primari. Da qui nasce l'esigenza di approfondire questi aspetti, per sviluppare strategie di intervento efficaci e promuovere una cura più umana e sostenibile anche per chi la eroga.

Il presente studio ha utilizzato lo Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ) [4] con l'obiettivo di esplorare e descrivere i bisogni spirituali dei professionisti che operano nelle cure palliative, identificando le aree più espresse e il potenziale ruolo della spiritualità come risorsa di sostegno emotivo.

METODO: È stato condotto uno studio osservazionale trasversale nella regione Veneto. Il questionario SpNQ, contenente 27 domande divise in 4 domini, è stato somministrato in formato elettronico ed anonimo a un campione multidisciplinare di operatori sanitari attivi nelle cure palliative. Lo strumento valuta quattro dimensioni principali: bisogni religiosi (6 domande), bisogni esistenziali (6 domande), bisogni di pace interiore (4 domande) e bisogni di supporto emotivo (4 domande), alcune tra le domande non appartengono ad una dimensione specifica (7). Sono state effettuate analisi di tipo descrittivo.

RISULTATI: Il campione dello studio ha incluso 90 operatori sanitari impegnati nell'ambito delle cure palliative. La maggioranza dei partecipanti è di genere femminile (77,3%) e l'età media dei partecipanti è di 49,49 anni (DS=10,55). Per quanto riguarda l'appartenenza religiosa, l'84,1% degli intervistati si è dichiarato cattolico, mentre il 13% ha dichiarato di non aderire ad alcuna religione. In merito al ruolo professionale, hanno completato il questionario SpNQ 33 medici palliativisti, 23 infermieri, 10 psicologi, 6 coordinatori, 4 fisioterapisti e 3 assistenti sociali ed altre figure professionali e volontari.

L'anzianità lavorativa media complessiva è pari a 21,52 anni (DS=11,93), mentre l'anzianità specifica nell'ambito delle cure palliative è di 9,48 anni (DS=8,02). Analizzando il setting lavorativo, la maggior parte degli operatori lavora nell'assistenza domiciliare (61,5%), seguita dagli hospice (36,7%) e dagli ospedali (21,1%). Altri contesti di lavoro includono i distretti sociosanitari le RSA, gli ambulatori (8,3%) ed altri; un ulteriore 1,8% lavora in contesti non specificati.

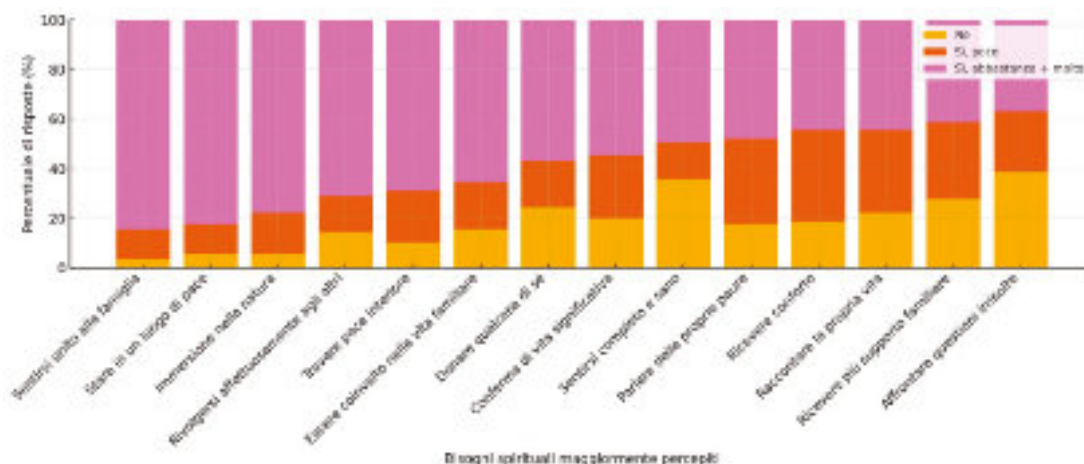
La distribuzione dei bisogni con maggior percezione da parte degli operatori è contenuta nella Figura 1.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025





I bisogni spirituali più sentiti corrispondono al bisogno di immergersi nella bellezza della natura (33.3% hanno risposto sì abbastanza; 44,4% hanno risposto sì molto), 52,2% degli operatori hanno risposto “sì abbastanza” al bisogno di stare in un luogo di pace e serenità, 42,2% hanno risposto di avere abbastanza/molto il bisogno di sentirsi unito alla propria famiglia. I dati hanno mostrato una prevalenza di bisogni spirituali legati alla pace interiore, alla ricerca di senso e al desiderio di supporto emotivo. I bisogni religiosi sono risultati meno espressi.

Per quanto riguarda i 4 domini in cui si articola il questionario, le medie dei punteggi (in una scala da 10 a 3) sono: bisogno di pace interiore (M 1,87; DS 0,35), bisogno di supporto emotivo (M 1,41; DS 0,11), bisogni esistenziali (M 0,95; DS 0,19) ed infine bisogni religiosi (M 0,81; DS 0,15).

CONCLUSIONI: L'analisi dei dati raccolti tramite lo SpNQ mostra che i professionisti delle cure palliative possiedono una significativa consapevolezza dei propri bisogni spirituali. Emergono in particolare esigenze legate alla pace interiore e al supporto relazionale e familiare, mentre i bisogni di natura esplicitamente religiosa risultano meno rilevanti. Questo dato è coerente con quanto osservato in contesti europei e nordamericani, dove, anche in ambienti a bassa religiosità formale, la spiritualità resta una componente significativa del benessere individuale [5].

Tali evidenze assumono rilievo nella pratica clinica, suggerendo che la valutazione sistematica dei bisogni spirituali degli operatori possa contribuire a prevenire il burnout, promuovere la resilienza e rafforzare l'empatia nella relazione di cura.

Lo SpNQ si è dimostrato uno strumento utile per esplorare il vissuto spirituale degli operatori, offrendo basi concrete per interventi formativi e di supporto psico-spirituale.

L'introduzione di momenti di riflessione spirituale e di condivisione emotiva nei team di cure palliative potrebbe configurarsi come buona pratica, migliorando sia il benessere degli operatori che la qualità globale dell'assistenza.

Infine, l'importanza di considerare la spiritualità come risorsa professionale, oltre che personale, rafforza la necessità di un approccio interdisciplinare in cui anche figure non religiose possano sentirsi coinvolte e supportate nel proprio percorso professionale.

BIBLIOGRAFIA:

1. Aoun, S. M., Rumbold, B., Howling, D., & Bolleter, A. (2021). Impact of a Palliative Approach on Caregivers: Reducing the Burden and Improving Outcomes. *Journal of Palliative Medicine*, 24(1), 34-42.
2. Sinclair, S., Raffin-Bouchal, S., Venturato, L., Mijovic-Kondejewski, J., & Smith-MacDonald, L. (2017). Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal of Nursing Studies*, 69, 9-24.
3. Büsing A, Zhai X, Peng W, Ling C. Psychosocial and spiritual needs of patients with chronic diseases: Validation of the Chinese version of the Spiritual Needs Questionnaire. *Journal of Integrative Medicine*. 2013;11:106-115. doi:10.3736/jintegrmed2013020.
4. Büsing, A., Fischer, J., Ostermann, T., & Matthiessen, P. F. (2010). Validation of the Spiritual Needs Questionnaire (SpNQ). *Journal of Religion and Health*, 49(3), 292-304.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

5. Büssing A, Janko A, Baumann K, Hvidt NC, Kopf A. Spiritual needs among patients with chronic pain diseases and cancer living in a secular society. *Pain Medicine*. 2013;14:1362–1373.doi:10.1111/pme.12198



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



'LA MEDICINA NARRATIVA: UN POSSIBILE STRUMENTO DI SUPPORTO NELL'ACCOMPAGNAMENTO SPIRITUALE? STORIA DI UN PERCORSO PERSONALE SUPERVISIONATO DA UNA ESPERTA'

Sefora Luzzini¹, Danila Zuffetti², Cristina Zaggia³

¹ IRCCS San Gerardo De' Tintori, Monza, Italia, ² Nessuno, Lodi, Italia, ³ Azienda Ospedale-Università Padova, Padova, Italia

SCOPO: Marie De Hennezel sostiene che "il periodo che precede la morte può essere l'occasione di una trasformazione profonda dell'essere" perché "chi sente la morte venire non ha più tempo da perdere e ha bisogno di reciprocità". Partendo da questo assunto e dall'incontro con una persona malata "presa a cuore" (e in cura) nell'ambito dell'ambulatorio di cure palliative e terapia del dolore dell'ospedale pubblico in cui lavoro, vorrei mostrare come, con la supervisione di una esperta in medicina narrativa, la condivisione dei vissuti, dei sentimenti e delle emozioni di chi assiste e di chi è assistito possano essere di grande supporto nell'accompagnamento, tanto da renderlo un'esperienza "umana", oltre che professionale, di valore inestimabile.

METODO: Ogni persona che afferisce all'ambulatorio di terapia del dolore e di cure palliative in cui lavoro ormai da tre anni giunge con un problema di salute, un problema che certamente riguarda la sua biologia; tuttavia, dal momento in cui si siede davanti a noi per raccontarci dei suoi sintomi, non può esimersi dal raccontarci anche di sé, della sua biografia. Ascoltando le storie della gente, ho notato come, in ogni esistenza

umana, queste due "B" (biologia e biografia) siano strettamente correlate, si intreccino e contribuiscano a delineare quell'orizzonte spirituale personale verso il quale ciascuno di noi è chiamato ad andare. Talvolta capita di accogliere in ambulatorio una persona cui la diagnosi infausta sia appena stata formulata e allora si ha l'occasione di poterla prendere in carico – o meglio "prenderla a cuore" come mi ha insegnato Padre Guidalberto Bormolini – da subito e quindi precocemente.

Questo è quello che mi è capitato a settembre, quando, rientrata dalle vacanze estive, ho conosciuto, per la prima volta la persona di cui ho deciso di scrivere. Sin dal nostro primo incontro, ho sentito che tra noi c'era quella "connectedness" che le linee guida sulla cura spirituale della società palliativa olandese definiscono "comunione profonda". Così mi sono rivolta ad un'amica e collega esperta di medicina narrativa per chiederle se la scrittura potesse essermi d'aiuto sia per accompagnare sia per sentirmi accompagnata in questa storia di cura. Veicolata e facilitata dalle sue competenze ho iniziato a scrivere, sotto la sua supervisione, dapprima solo del mio assistito con il quale ho condiviso tutte le narrazioni consegnandogli le raccolte in un fascioletto e poi anche di me, creando una scrittura parallela, personale e non condivisa, per cercare di dare spazio anche alle mie emozioni e iniziare a prepararmi alla sua morte. È stata una scrittura spontanea ma che, utilizzata con cognizione di causa e come potente strumento di riflessione sotto la guida dell'esperta, mi ha permesso di comprendere come le storie di chi accompagna e di chi è accompagnato si intreccino e si uniscano, dando valore alla profonda connessione spirituale che nasce dall'accompagnare una persona e, contemporaneamente, dall'essere accompagnati a propria volta come professionista. Le narrazioni si interrompono a metà marzo 2023, termine concordato con la relatrice e la correlatrice, così da avere il tempo di realizzare l'elaborato di tesi di Master di alta formazione in assistenza spirituale nella malattia e nel morire (in cui sono inserite come allegati) e consentire all'esperta di analizzarne i contenuti nel dettaglio e con metodo.

RISULTATI: Le narrazioni raccolte mostrano il potente legame che si può creare con le persone malate che ogni giorno assistiamo e accompagniamo. L'analisi di queste narrazioni mette in evidenza quanto sia importante utilizzare lo strumento della medicina narrativa, veicolato in maniera competente e con metodo, per prendersi cura del curante e del curato, perché ogni narrazione è uno spazio sacro, un dono.

La spiritualità è un fil rouge che lega tutto questo lavoro di accompagnamento, in diversi modi e forme, fino a diventare anche una strategia di coping per migliorare la cura. La medicina narrativa facilita il percorso di consapevolezza di sé, aiutando anche a riconoscersi e a guardarsi dentro.

SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

CONCLUSIONI: Questo lavoro di accompagnamento e di introspezione ha fornito ad entrambi la consapevolezza che la vita va vissuta giorno per giorno, istante per istante, appieno... Solo così è possibile spingersi lontano, verso terreni inesplorati in cui si comprende che accompagnatore e accompagnato si fondono e si confondono, alternandosi come in una danza in cui, alternativamente, si conduce o si è condotti... Accompagnare qualcuno alla fine della vita è comprenderne il senso profondo, l'essenza rara che la caratterizza e la rende speciale.

Ed è impossibile non essere grati per tutto quello che si riceve

BIBLIOGRAFIA:

- (1) De Hennezel, Marie. La morte amica: Lezioni di vita di chi si avvicina alla fine. Italia, RIZZOLI LIBRI, 2013.
- (2) Lonati, Giada. Prendersi cura. Per il bene di tutti: nostro e degli altri. Italia, Edizioni Corbaccio, 2022
- (3) Prandi, Cesarina. Infermieristica in cure palliative. Italia, Edra, 2015
- (4) Charon, Rita. Medicina narrativa: Onorare le storie dei pazienti. Italia, Raffaello Cortina Editore, 2021.
- (5) Dell'Acqua, Cristina. Una SPa per l'anima. Italia, Mondadori, 2019.
- (6) www.vidas.it
- (7) Marcolongo, Andrea. Alla fonte delle parole. Italia, Mondadori, 2019.
- (8) Bormolini, Guido Alberto. Accompagnatori e accompagnati. Condurre la vita attraverso la morte, Italia, Il Messaggero Padova, 2020.
- (9) VV., AA. Medicina narrativa in Terapia Intensiva.: Storie di malattia e di cura. Italia, Franco Angeli Edizioni, 2013.
- (10) Saunders, Cicely. Vegliate con me: Hospice: un'ispirazione per la cura della vita. Italia, EDB- Edizioni Dehoniane Bologna, 2017.
- (11) Kubler-Ross, Elisabeth. La morte e il morire. Italia, Cittadella Edizioni 2005
- (12) Ostaseski, Frank. Saper accompagnare. Italia, Mondadori, 2019.
- (13) Spinsanti, Sandro. Sulla terra in punta di piedi. Italia, Il Pensiero Scientifico Editore, 2021.
- (14) Grün, Anselm. Sto al tuo fianco. L'accompagnamento dei morenti e delle persone in lutto. Italia, Sanpaolo edizioni, 2011
- (15) Core curriculum dell'assistente spirituale in cure palliative, www.sicp.it
- (16) Core curriculum dell'infermiere in cure palliative, www.sicp.it



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

SICP
Società
Italiana
Cure
Palliative

ACCRESCE LA CAPACITÀ DI PRENDERSI CURA DI SÉ STESSI E DEGLI ALTRI. LA SPIRITUALITÀ COME RISORSA PER LE EQUIPE MULTIDISCIPLINARI.

Barbara Carrai¹, Deborah Messeri¹

¹Fondazione TuttoéVita ETS, Pistoia, Italia

SCOPO: La spiritualità è una componente essenziale di una cura integrale. Non limitandosi a un aspetto religioso, ma abbracciando la dimensione più profonda di ogni essere umano, può donare conforto, senso e speranza alle persone assistite e ai loro cari in momenti di grande vulnerabilità, e offrire agli operatori un approccio e degli strumenti per la cura di sé e degli altri.

Guardando al passato, la medicina aveva radici profonde nel sacro e nel divino, come testimonia il Giuramento di Ippocrate, che nelle versioni antiche si apriva con un'invocazione alle divinità guaritrici come Apollo, Asclepio, Igea e Panacea. Queste figure rappresentavano il potere di guarigione, ma anche un legame tra cura e spiritualità, in cui il medico era anche un punto di riferimento spirituale e un mediatore tra il mondo divino e quello umano. Con il passare dei secoli, la medicina si è progressivamente secolarizzata, concentrandosi sempre più sugli aspetti biologici e sulla scienza, relegando la dimensione spirituale a un ruolo secondario.

Oggi in Italia, nonostante numerosi studi scientifici ne attestino la rilevanza, sono ancora poche le équipe, anche di cure palliative, dove i membri si occupano diffusamente della cura di questa dimensione.

METODO: Da uno studio informale condotto tra gli operatori di équipe di cure palliative, sono state esplorate le resistenze ad introdurre la cura della dimensione spirituale. Tra le affermazioni più diffuse: non so cosa sia la spiritualità; non la ritengo importante ai fini della cura, non vedo i benefici per i pazienti o i familiari; è un altro compito da svolgere; ho sempre lavorato bene con i pazienti perché dovei cambiare; mi fa piacere ci sia l'assistente spirituale, basta che ognuno svolga il suo ruolo; se questa dimensione fosse importante l'avrebbero inserita nelle scuole di medicina e infermieristica; non mi sembra un approccio scientifico, quindi valido; abbiamo lo psicologo in équipe che può occuparsi anche di aspetti spirituali; ci penseranno il cappellano. Inserire l'assistente spirituale in équipe implica un cambiamento: nelle abitudini lavorative; nelle modalità di relazione tra i suoi membri e nella cura degli assistiti; nel discutere i casi in riunione con un'apertura verso aspetti considerati marginali. Può anche sfidare i pensieri e i pregiudizi più profondi di ciascuno, mettendolo interiormente in discussione. Ogni persona non è mai troppo vecchia per imparare, è diffusa invece tra gli adulti la resistenza ai cambiamenti.

RISULTATI: Compito dell'assistente spirituale, potrebbe essere quello di far emergere i benefici che l'inserimento di questa figura potrebbe portare ai professionisti e alle persone assistite, a partire dal risvegliare l'attenzione alla dimensione spirituale di ogni operatore, per accrescere la loro capacità di prendersi cura di sé stessi e degli altri. Scrive il monaco Thich Nhat Hanh: quando ti connetti con te stesso, cominci ad entrare in contatto più profondo con gli altri. Senza il primo passo, il secondo non è possibile. La filosofa Hannah Arendt sosteneva che la vita attiva, senza riferimenti alla vita contemplativa, si autodistrugge, indicando come pericoloso lo scollamento tra la propria interiorità e le azioni esteriori verso gli altri, che a volte si vede anche in chi si prende cura.

Conoscere e prendersi cura della propria interiorità, affinché questa identità profonda cresca e si rinnovi ogni giorno e poi sia a servizio degli altri, potrebbe ridurre il rischio di burnout, presente in professioni così a contatto con gli aspetti del dolore e della sofferenza.

Attingendo alla propria interiorità l'assistente spirituale potrebbe portare in équipe nuove competenze: l'empatia matura, la compassione, l'amore, il perdono, la capacità di connettersi ai più alti valori della vita, di non anteporre il profitto personale al benessere collettivo, di comprendere che il proposito etico del prendersi cura è più importante dell'autocelebrazione dell'ego.

L'équipe potrebbe diventare il luogo per accogliere anche gli oneri psicologici e spirituali che il lavoro assistenziale, nel tempo, può comportare. Anche un semplice spazio in riunione, dove i professionisti possano condividere il coinvolgimento di fronte ad una situazione dolorosa, confrontarsi davanti a una decisione difficile o parlare liberamente, sentendosi accolti anche nelle incertezze e vulnerabilità, può diventare un balsamo per i momenti di dolore e fatica dell'équipe stessa.



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025



Perché questo accade in un'equipe multidisciplinare, i membri devono accettare che nessuno abbia un ruolo più importante di un altro o la risposta a tutte le domande, ma che tutti in qualche modo dipendono dalla competenza e dalla sensibilità degli altri, e che possono arricchirsi reciprocamente.

Il clima di lavoro si trasformerà, e questo avrà un impatto sugli operatori che si sentiranno apprezzati e valorizzati, e sui pazienti e familiari che respireranno un clima sereno, di attenzione, ascolto e cura nel senso più globale del termine.

CONCLUSIONI: La fiaba dei fratelli Grimm I musicanti di Brema, dove quattro animali unendo le loro forze e mettendo a disposizione ognuno la propria specificità riescono a mettere in fuga i briganti, ci mostra il potenziale di lavorare insieme. Quando ognuno opera in un gruppo portando le proprie risorse interiori, ogni persona trova il suo ruolo e raggiunge il proprio fine e nello stesso tempo il gruppo si realizza, anche grazie alla diversità di ciascuno, raggiungendo obiettivi più grandi.

Per lavorare in equipe non si tratta di avere lo sguardo solo verso l'obiettivo, ma anche di prendersi cura delle persone che contribuiscono a raggiungerlo, senza danneggiare sé stessi e gli altri, in una logica di interdipendenza. Ogni azione che tenga conto dell'interdipendenza e che sia rivolta al bene comune, produrrà degli effetti benefici non solo per gli altri, ma anche per sé stessi. Come scriveva Marco Aurelio: quello che non è utile allo sciamano non è utile nemmeno all'ape.

Enzo Bianchi scrive: l'opera d'arte che ciascuno è chiamato a fare della propria esistenza dipende dalla sua capacità di relazione con sé stesso, con Dio e con gli altri, all'insegna di una lotta quotidiana per tendere alla comunione. Questa disciplina è certamente faticosa; eppure, è ciò che introduce alla bellezza e alla qualità della vita personale, in vista di una migliore qualità della convivenza umana.

BIBLIOGRAFIA: Bormolini, Ghinassi, Milanese, La Cura Spirituale, Appunti di Viaggio (2024)



SICP 11.0
EVOLUZIONE
DELLE RETI
PER IL
RINNOVAMENTO
DEL SISTEMA
SANITARIO
NAZIONALE

XXXII congresso nazionale SICP
Riccione, 20-22 novembre 2025

