



## PROCEDURA PER L'ACCOMPAGNAMENTO ALLA MORTE

### 1. SCOPO

L'accompagnamento alla morte è un processo di supporto emotivo, psicologico, e spirituale integrato al controllo dei sintomi, dalla gestione del dolore fisico e l'assistenza fisica all'utente per garantire il confort della persona assistita, è rivolto a chi sta vivendo gli ultimi momenti della vita e ai suoi famigliari. L'obiettivo è quello di accompagnare il morente e i suoi cari nel difficile momento del distacco, aiutandoli a vivere questo passaggio con maggiore consapevolezza e serenità.

### 2. CAMPO DI APPLICAZIONE

Ospiti residenti in RSA di ASSC

### PREMESSA

Per migliorare la qualità di cure e favorire la pianificazione condivisa delle persone residenti in RSA, è necessario individuare in maniera tempestiva la presenza di bisogni di cure palliative, modulando gli interventi nel tempo e con intensità proporzionata alle necessità, impostando la corretta gestione dei sintomi, rivalutando la terapia farmacologica in relazione agli obiettivi ed effettuando una comunicazione adeguata. I bisogni di cure palliative possono esprimersi lungo l'intero periodo di permanenza oppure essere legati a nuovi eventi o diagnosi o all'aggravamento della condizione clinico-funzionale della persona. In presenza di bisogni e sintomi di particolare rilievo o complessità, di difficile gestione delle relazioni con i familiari o di decisioni terapeutiche critiche sarebbe opportuno coinvolgere i servizi specialistici di Cure Palliative.

La morte può essere prevista e tollerata come inevitabile: si tratta quindi di prestare un'assistenza umana al paziente anziano, che consideri l'integrità della persona nelle sue dimensioni fisiche, psicologiche, spirituali. Morire è parte del ciclo di vita di ogni persona. Aiutare un paziente a morire e alleviare il suo dolore, non sottoponendolo a cure non necessarie e non obbligatorie, può essere coerente con la professione medica, ma anche coerente con la dignità di ogni persona.

I valori e le preferenze del paziente hanno un grande peso quando la decisione relativa allo scenario delle cure – l'abitazione, l'ospedale, l'hospice, la RSA – incide sull'ideale di "buona vita" a cui la persona tende. Da questo punto di vista, nessuno è più in grado del paziente stesso di decidere quale sia il "meglio" per lui. La situazione familiare, l'articolazione personale della speranza, i legami residui, il grado di evoluzione spirituale realizzata, la tollerabilità dei sintomi sono altrettanto variabili che rendono "migliore" l'uno o l'altro ambiente.

Tutto il personale si adopera in un approccio multidisciplinare al malato e alla sua famiglia, fatto da persone con qualifiche diverse, che hanno in comune l'intenzione di apportare un miglioramento alla qualità di vita e l'accompagnamento ad una morte dignitosa lavorando in équipe. Norma fondamentale per l'efficacia terapeutica dell'équipe è che i membri debbono accettare che nessuna professionalità ha tutte le risposte per tutte le domande, dato che tutti gli operatori dipendono dalla cultura e dalla competenza degli altri colleghi.

Rev.	Data	Redazione	Verifica	Approvazione	Motivazione
		RPSA	RA	DS	
02	28/08/2025	Cristina Dragoni	Andrea Scotti	Tiziana Torpilliesi	Rinnovo

	<b>SISTEMA GESTIONE ASSC</b>	<b>PC</b>
	<b>ACCOMPAGNAMENTO ALLA MORTE</b>	28/08/2025 Pagina 2 di 4

Il primo passo per un buon accompagnamento alla morte consiste nella comunicazione della diagnosi. Perché informare il paziente:

- Per motivazioni etiche e legali.
- Per facilitare la partecipazione del paziente alle procedure diagnostiche.
- Per migliorare l'adesione alle procedure terapeutiche.
- Per evidenziare le preferenze del paziente.
- Per ridurre il rischio di effetti collaterali degli interventi terapeutici.
- Per migliorare atteggiamenti e reazioni psicologiche (recupero di autostima, facilitazione delle strategie di coping, riduce ansia e depressione).

Per la comunicazione della diagnosi è importante sottolineare:

- Per comunicare al paziente la diagnosi bisogna conoscerlo e conoscere: cosa vuole sapere, cosa è in grado di capire, cosa è in grado di sopportare; comprendere se il paziente vuole sapere che la morte è vicina e, se sì, come comunicarglielo.
- Cosa comunicare: gravità e rischi della malattia, possibilità terapeutiche (curative o palliative), presa in carico.
- Chi deve comunicare la diagnosi? Il medico che si fa carico del paziente.

### **3. MODALITÀ OPERATIVE**

Medico:

- Comunica all'utente e/o alle familiari diagnosi, decorso e prospettive.
- Dà sollievo alla sofferenza fisica ovvero controlla l'insorgenza del dolore con la somministrazione di farmaci
- Rivaluta la terapia in corso sospendendo i farmaci non più "utili"
- Se indicato inizia percorso di sedazione palliativa

Infermiere - ASA/OSS – Medici – Fisioterapisti, collaborando si:

- Crea un ambiente tranquillo, evitando rumori inopportuni e garantendo un'illuminazione non troppo intensa.
- Soddisfa le necessità igieniche, con particolare attenzione alla pulizia del cavo orale.
- Garantisce posizioni adeguate affinché possa essere favorita la respirazione, provvede ad una mobilizzazione facilitata e adattata al paziente (prevenire l'arrossamento, in particolare delle protuberanze ossee, con l'impiego di presidi, osservazione e mantenimento della cute integra); in caso di metastasi ossee verrà valutata la possibilità di seguire lo schema posture per la prevenzione delle piaghe da decubito.
- Controlla la peristalsi intestinale in quanto la terapia e l'allettamento inducono la stipsi; l'impiego di alcuni farmaci può essere utile per controllare sintomi, quali nausea e vomito.
- Garantisce un apporto nutritivo secondo modalità il più naturali possibili, somministrando cibi e bevande preferiti (l'apporto calorico obbligatorio passa in secondo piano).
- Garantisce un'osservazione attenta e trascrizione nei diari delle variazioni psico-clinica al fine di monitorare al meglio il dolore e relative gestioni.

	<b>SISTEMA GESTIONE ASSC</b>	<b>PC</b>
	<b>ACCOMPAGNAMENTO ALLA MORTE</b>	28/08/2025 Pagina 3 di 4

Operatori Servizio Educativo/animativi

Durante il delicato momento di accompagnamento alla morte non esistono comportamenti prestabiliti e generalizzabili. Gli interventi vengono dunque personalizzati in base alla situazione del singolo residente e dei suoi familiari.

Si opterà per la sospensione delle attività educative ordinarie garantendo più momenti di ascolto, supporto e vicinanza al residente ed ai suoi cari. Non è sempre necessario che l'operatore trovi le parole adatte: la vicinanza terapeutica e l'ascolto empatico possono essere già di grande supporto. Il personale educativo in questi casi farà visita quotidianamente al residente e ai suoi cari, avendo premura di accertarsi che nella camera ci sia un ambiente adeguato alla situazione delicata. Si cercherà inoltre di supportare l'eventuale compagno di stanza.

Tutto il personale:

- Crea le condizioni più opportune affinché possano essere garantite la comunicazione verbale e non, tenendo sempre presente che molte richieste d'aiuto sono richieste anche solo di presenza, quindi è sempre necessario impegnarsi all'ascolto. Non è sempre necessario che l'operatore trovi le parole adatte: la presenza affettiva e l'ascolto empatico possono essere già di grande aiuto!
- Garantisce, per quanto possibile, la presenza di eventuali familiari, rispettando sempre i tempi del malato.
- Per quanto possibile, compatibilmente con l'eventuale ripresa di uno stato di emergenza COVID, o di altre necessità cliniche di reparto, l'equipe con i familiari valuta la possibilità della stanza singola

In particolare, il medico si rende disponibile (se necessario coadiuvato dal personale infermieristico o dalla psicologa) ad incontri quotidiani di supporto e/o informativi nei confronti dei famigliari.

**BIBLIOGRAFIA**

Canzani F, Alquati S, Bordin F, et al. Translation and cross-cultural adaptation of the diagnostic tool to identify patients with complex palliative care needs (IDCPal). Under Review: Palliative Medicine Reports, 2024. 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 Palliat Care. 2020 Jun 6;19(1):79. Clifford C, Thomas K, Armstrong-Wilson J. Going for Gold: the Gold Standards Framework programme and accreditation in primary care. End Life J. 2016;6: e000028. Galentino T, Veronese S. IPOS-Dem versione italiana: traduzione e analisi cognitiva. Uno studio qualitativo sull'adattamento al contesto culturale italiano e sull'applicabilità nelle RSA. Rivista Italiana di Cure Palliative 2022; 2022;24(3):108-119. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, et al. 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; 3(3):300-8. Maas EA, Murray SA, Engels Y, et al. What tools are available to identify patients with palliative care needs in primary care: a systematic literature review and survey of European practice. BMJ Support Palliat Care. 2013 Dec;3(4):444-51. Onder G, Vetrano DL. The complexity of geriatric patient. Practical Issues in Geriatrics (PIG), Springer, Milano 2017, 57- 64. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing 2018; 47: 149–155. Timoumi I, Veronese S. L'integrated Palliative Outcome Scale

	<b>SISTEMA GESTIONE ASSC</b>	<b>PC</b>
	<b>ACCOMPAGNAMENTO ALLA MORTE</b>	28/08/2025 Pagina 4 di 4

(IPOS) come strumento per pianificare le cure e per misurare gli esiti degli interventi di cure palliative: un case report. *Luglio-Settembre 2023, Vol. 25, N. 3. Riv It Cure Palliative.* 2023;25(3):144-153. Tuca A, Gómez-Martínez M, Prat A. Predictive model of complexity in early palliative care: a cohort of advanced cancer patients (PALCOM study). *Support Care Cancer.* 2018 Jan;26(1):241-249 Turrillas P, Peñafiel J, Tebé C, et al. NECPAL prognostic tool: a palliative medicine retrospective cohort study. *BMJ Support Palliat Care.* 2021 Feb 16:bmjpspcare-2020-002567. 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.