BUONE PRATICHE CLINICO ASSISTENZIALI ORGANIZZATIVE

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Appropriatezza nel percorso condiviso del paziente oncologico adulto in ospedale nelle situazioni cliniche complesse

Versione 1 del 27.02.2026

Hanno partecipato:

AIOM Associazione Italiana Oncologia Medica
SICO Società Italiana di Chirurgia Oncologica – Esso affiliated
F.A.V.O. Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
aimac associazione italiana malati di cancro, parenti e amici
CPAR Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione
CIPOMO Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri
AIIAO Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica
SICP Società Italiana Cure Palliative
Società Italiana di Psico-Oncologia

PANEL

Coordinatore
Paolo Cotogni

Metodologo
Andrea Cortegiani

Literature Search Specialist
Eleonora Balzani
Irene Coloretti
Vincenzo F. Tripodi
Ruggiero Vacirca

Panel di esperti
Giulia Capelli
Simona Deidda
Francesco De Lorenzo
Raffaele De Luca
Massimo Di Maio
Alfredo Garofalo
Raffaele Giusti
Elisabetta Iannelli
Francesco Pinta
Luigi Riccioni
Gaya Spolverato
Marcello Tucci
Paola Varese
Vittorina Zagonel

Revisori esterni
Arturo Cuomo
Silvia Natoli

Ufficio ricerca clinica
Cristina Cacciagrano

Eleonora Balzani, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Università di Trento, Centro Interdipartimentale di Scienze Mediche (CisMed), Trento;*

Elena Giovanna Bignami, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; UOC 2 Anestesia e Rianimazione – AOU Parma; Scuola di Specializzazione in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva e del Dolore; Dipartimento di Medicina e Chirurgia Università degli Studi di Parma, Parma;*

Andrea Bovero*, Laurea Magistrale in Psicologia, Specializzazione in Psicoterapia; SSD Psicologia Clinica, Dipartimento di Neuroscienze, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Università degli Studi di Torino, Torino;*

Giulia Capelli*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; ASST Bergamo Est, Seriate, Bergamo;*

Rosario Caruso*, LM in Scienze Inf. e Ostetriche; PhD in Scienze Inf. e Sanità Pubblica, Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute, Università degli Studi di Milano, Milano; AIIAO;*

Irene Coloretti, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore; AOU Policlinico di Modena, Modena;*

Andrea Cortegiani*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Dipartimento di Discipline di Medicina di Precisione in Area Medica Chirurgica e Critica. Università degli Studi di Palermo. UOC Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva. AOU Policlinico Paolo Giaccone, Palermo;*

Paolo Cotogni*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; SC Terapia del Dolore e Cure Palliative, Dipartimento di Anestesia, Rianimazione ed Emergenza, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino, Torino;*

Arturo Cuomo*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; S.C. Anestesia e Rianimazione, Istituto Nazionale Tumori IRCCS "Fondazione G. Pascale", Napoli;*

Francesco De Lorenzo, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia; Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia – Organizzazione di Volontariato e Rete Associativa;*

Raffaele De Luca*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; IRCCS Istituto Tumori " Giovanni Paolo II", Bari;*

Simone Deidda*, Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia dell'Apparato Digerente ed Endoscopia Digestiva, Università degli studi di Cagliari;*

Massimo Di Maio, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia, Dipartimento di Oncologia, Università di Torino, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino;*

Flavio Fusco*, Laurea in Medicina e chirurgia, Specialità in malattie infettive-medicina tropicale; S.C. Cure Palliative Area Metropolitana ATS Liguria; Università di Genova-UNIGE Scuola di Specializzazione in Medicina e Cure Palliative. Coordinatore Rete Regionale di Cure Palliative-Regione Liguria;*

Consultazione pubblica

Elena G. Bignami

Andrea Bovero

Rosario Caruso

Flavio Fusco

Dorella Scarponi

Rosa Rita Silva

Alfredo Garofalo, *Laurea in Medicina e Chirurgia; specializzazioni in Medicina del Lavoro, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Oncologica; Società Italiana di Chirurgia Oncologica, SICO;*

Raffaele Giusti, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia Medica; UOC Oncologia, Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Andrea, Roma;*

Elisabetta Iannelli, *Laurea Magistrale Giurisprudenza, Federazione italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia ETS – ODV e Rete Associativa Associazione Italiana Malati di Cancro, parenti e amici ODV ETS;*

Silvia Natoli, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; SC AR3 – Anestesia e terapia intensiva postchirurgica, Dipartimento Cardiotoracovascolare, IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia; Dipartimento di Scienze Clinico-Chirurgiche, Diagnostiche e Pediatriche, Università di Pavia, Pavia;*

Francesco Pinta, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia Medica, ASL Asti, Asti;*

Luigi Riccioni, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini, Roma;*

Rosa Rita Silva, *Laurea in Medicina e Chirurgia; Specializzazione in Oncologia; Past direttore SC Oncologia Medica e Direttore Dipartimento Specialità Mediche Fabriano AST Ancona;*

Dorella Scarponi, *Laurea in Medicina e chirurgia, Specialità In Psicologia Clinica, IRCCS AOU di Bologna, Bologna;*

Gaya Spolverato, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Chirurgia Generale; Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche (DiSCOG), Università di Padova, Padova;*

Vincenzo F. Tripodi, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; U.O.C. Servizio di Anestesia, Azienda Ospedaliera Universitaria Gaetano Martino, Messina;*

Marcello Tucci, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia, SC Oncologia, ASL AT, Ospedale Cardinal Massaia, Asti;*

Ruggero Vacirca, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Anestesia e Rianimazione; Policlinico Umberto I, Roma;*

Paola Varese, *Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia, Perfezionamento in Psico-oncologia; Azienda Sanitaria Locale Alessandria (ASLAL);*

Vittorina Zagonel, *Laurea in Medicina e Chirurgia, Specializzazione in Oncologia, Ematologia clinica e di laboratorio; Associazione Italiana di Oncologia Medica (AIOM).*

ELENCO DELLE BPCA-O

SCOPE	STATEMENT	REQUISITI MINIMI, INDICATORI e CONSENSO
1. Come valutare in una situazione d'urgenza un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche?	1.1 Tutti i malati oncologici che presentano condizioni cliniche critiche devono essere valutati per l'accesso a trattamenti intensivi e, per coloro che risultano candidabili, è indicato il ricovero in Terapia Intensiva.	Mediana 5 / Agreement: 92,30% (IQR 4-5)
	1.2 L'indicazione ai trattamenti intensivi è di competenza dell'anestesista rianimatore. La decisione dovrebbe essere presa, ove possibile, attraverso una discussione multidisciplinare tra oncologo, anestesista rianimatore ed eventualmente altri professionisti, valutando prognosi, aspettative e possibilità di recupero.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.3 Stabilire la prognosi della persona malata di tumore è competenza dell'oncologo curante, che in situazione d'urgenza si dovrebbe sempre cercare di contattare. Nell'impossibilità di consultarlo, si deve fare riferimento alla documentazione clinica disponibile e/o a quanto riferito dal paziente e/o dai suoi familiari.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.4 In caso di patologia acuta intercorrente o di tossicità correlata alle terapie, la malattia oncologica non può rappresentare un pregiudizievole impedimento all'accesso ai trattamenti intensivi.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.5 I trattamenti intensivi dovrebbero essere proposti a tutti i pazienti oncologici nei quali la risoluzione dell'evento acuto consentirebbe un beneficio rilevante in termini di aspettativa di vita.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.6 Non è indicato il ricovero in Terapia Intensiva dei pazienti non elegibili a trattamento oncologico e di quelli con performance status compromesso.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.7 Nella decisione di sottoporre o meno il malato oncologico a trattamenti intensivi si dovrebbe tenere conto oltre che della prognosi oncologica anche delle comorbilità.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.8 Le scale per la valutazione delle comorbilità e gli indicatori prognostici sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva e individuale della singola persona malata.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.9 Nei casi di incerta definizione prognostica, potrebbe essere indicato un trattamento intensivo di durata o intensità limitate con una rivalutazione ad intervalli frequenti (anche quotidiani) dell'indicazione ai trattamenti intensivi in relazione all'evoluzione clinica.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.10 L'accesso ai trattamenti intensivi deve sempre rispecchiare la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	1.11 La discussione multidisciplinare, il colloquio col paziente, gli obiettivi della Terapia Intensiva, la pianificazione degli interventi di cura condivisi devono essere registrati scrupolosamente nella cartella clinica ed aggiornati periodicamente.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)

2. Come valutare rischi/benefici in un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità con indicazione ad eseguire una procedura invasiva o un intervento chirurgico d'urgenza?	2.1 L'indicazione definitiva alla procedura invasiva o all'intervento chirurgico d'urgenza deve essere posta dal medico che eseguirà la procedura.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.2 L'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza dovrebbe coinvolgere l'oncologo di riferimento del malato, al fine di garantire una corretta valutazione prognostica, in relazione al tipo e stadio di tumore e alla disponibilità o meno di terapie antitumorali.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.3 L'anestesista rianimatore dovrebbe essere coinvolto precocemente nella discussione con il paziente e, insieme al medico che eseguirà la procedura invasiva o l'intervento chirurgico ed all'oncologo, contribuisce ad identificare il trattamento più idoneo in base alle condizioni cliniche ed all'impatto previsto della procedura stessa.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.4 La candidabilità ad una procedura invasiva o intervento chirurgico in urgenza deve essere valutata in base a: aspettativa di vita in assenza dell'evento acuto, performance status, impatto sulla qualità di vita, disponibilità e beneficio atteso dalle opzioni di cure oncologiche, grado di invasività della procedura e volontà del malato.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.5 Il paziente deve essere esaustivamente informato della proposta di una procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza, dei rischi e dei benefici attesi e delle eventuali alternative disponibili.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.6 L'informativa al paziente deve sempre considerare i possibili rischi di complicanze anche mortali, che potrebbero richiedere ulteriori trattamenti invasivi.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.7 La comunicazione dell'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza al paziente e/o ai suoi familiari deve essere gestita collegialmente dal team multidisciplinare o, in alternativa, da singole figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno del team.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	2.8 La discussione con il paziente, le decisioni condivise, la pianificazione e gli obiettivi del percorso di cura devono essere registrati nella cartella clinica.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)

3. Come rispondere alla richiesta di consulenza in DEA/PS per un paziente con sospetta o nota patologia oncologica che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata?	3.1 Un sintomo è definito come non controllato quando gli appropriati trattamenti non sono capaci di assicurare un adeguato sollievo dalla sofferenza per un periodo accettabile.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.2 I pazienti oncologici che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata dovrebbero essere attentamente monitorati per verificare se le loro condizioni cliniche migliorano o si stabilizzano oppure se sono nel fine vita.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.3 In ogni ospedale sede di DEA/PS, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, dovrebbero essere presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.4 Le decisioni relative ai trattamenti non dovrebbero essere demandate ad una singola figura professionale ma, compatibilmente con le risorse umane disponibili e le circostanze fattuali, rappresentare il risultato di una valutazione collegiale multidisciplinare.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.5 Il percorso di cura dovrebbe essere personalizzato sulle esigenze di trattamento e le peculiari condizioni della singola persona malata.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.6 La comunicazione alla persona malata della proposta di trattamento deve essere effettuata, quando possibile, in modo collegiale dall'équipe curante.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	3.7 In ogni ospedale sede di DEA/PS, dovrebbero essere predisposte soluzioni organizzative formalizzate e condivise per il ricovero di pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
4. In caso di un paziente in fase avanzata di malattia in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile, quale soluzione organizzativa?	4.1 I pazienti che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata devono essere attentamente monitorati.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	4.2 In ogni ospedale sede di DH oncologico, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, è appropriato che siano presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	4.3 Anche in situazioni d'urgenza, le decisioni relative ai trattamenti intensivi dovrebbero essere condivise da un'équipe curante multidisciplinare.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	4.4 Per il paziente non dimissibile a causa di sintomi non controllati, la soluzione organizzativa appropriata è il ricovero nel reparto pertinente per le esigenze di trattamento.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	4.5 Si suggerisce che un team di cure palliative risponda alla richiesta di consulenza proveniente dal DH oncologico in caso di un paziente in fase avanzata di malattia.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	4.6 Il paziente deve essere informato che le scelte relative agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari sono scaturite dalla discussione multidisciplinare dell'équipe curante.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)

5. In caso di un paziente oncologico in condizioni cliniche critiche che rifiuti il trattamento proposto, quale soluzione organizzativa?	5.1 L'équipe multidisciplinare deve garantire una documentazione accurata e costante del processo comunicativo e clinico che porta all'espressione della volontà del paziente, inclusi l'eventuale revoca o il rifiuto ai trattamenti.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	5.2 L'équipe curante deve garantire l'attivazione di procedure sistematiche per la verifica della presenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento o di una precedente Pianificazione Condivisa delle Cure al momento della presa in carico o del ricovero.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	5.3 Si raccomanda di richiedere nel contesto ospedaliero una consulenza di Psicologia Clinica nel processo decisionale della persona malata.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	5.4 Una consulenza di Cure Palliative deve essere richiesta, ove possibile, per facilitare la pianificazione sia del piano di cura alternativo sia del trasferimento o della dimissione dei pazienti che rifiutino il trattamento proposto.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	5.5 L'équipe curante dovrebbe valutare di consultare, ove possibile, il Comitato per l'etica nella clinica per affrontare i dilemmi etici e garantire che la decisione della persona sia rispettata ed in linea con le normative giuridiche ed etiche.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	5.6 L'équipe curante dovrebbe organizzare riunioni regolari per discutere il caso clinico, valutarne l'evoluzione ed adattare il piano di cura secondo le esigenze e le preferenze del paziente.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
6. In caso di un paziente oncologico ricoverato in terapia intensiva o in reparto chirurgico che abbia indicazione ad un percorso di cure palliative, quale soluzione organizzativa?	6.1 Si suggerisce di adottare un modello organizzativo che colleghi stabilmente terapia intensiva e reparti chirurgici con la rete di cure palliative.	Mediana 5 / Agreement: 92,30% (IQR 4-5)
	6.2 In terapia intensiva, la scelta tra modello consultivo ed integrato dipende dalle risorse disponibili e dall'organizzazione locale.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	6.3 In chirurgia, il modello organizzativo consigliato è di tipo consultivo.	Mediana 5 / Agreement: 92,30% (IQR 4-5)
	6.4 Ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un organo di coordinamento per la gestione della transizione da cure attive a cure palliative.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	6.5 Gli indicatori per una transizione da cure intensive a cure palliative sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva ed individuale della persona malata.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	6.6 Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve essere coerente con la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	6.7 Si suggerisce di implementare programmi strutturati di formazione e l'adozione di strumenti decisionali condivisi tra le équipe di terapia intensiva, chirurgia e cure palliative.	Mediana 5 / Agreement: 92,30% (IQR 4-5)

7. In caso di un paziente oncologico con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa, quale soluzione organizzativa?	7.1 L'indicazione alla sedazione palliativa dovrebbe essere il risultato di una valutazione che coinvolga più di un curante dell'équipe.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.2 Se nell'équipe curante non si possiedono le necessarie competenze e/o vi sono dubbi clinici o dilemmi etici sulla indicazione o gestione della sedazione palliativa, si dovrebbe richiedere tempestivamente la consulenza di cure palliative.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.3 La ricerca del consenso alla sedazione palliativa deve basarsi su una comunicazione empatica, adattata alle capacità di comprensione e ai desideri di informazione del paziente.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.4 Si dovrebbe chiedere alla persona, ove possibile, di comunicare ai suoi familiari la scelta di intraprendere il percorso della sedazione palliativa concordata con i curanti e/o di consentire al medico/équipe sanitaria di informarli.	Mediana 5 / Agreement: 92,30% (IQR 4-5)
	7.5 Il processo decisionale, il contenuto della comunicazione tra il medico/l'équipe sanitaria e la persona malata e l'acquisizione del consenso devono essere devono essere documentati in modo da dare evidenza dell'iter clinico e relazionale.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.6 Se la persona non è capace di agire (non è mentalmente capace), l'équipe sanitaria promuove la ricerca e il rispetto delle Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o della Pianificazione Condivisa delle Cure o interpella il rappresentante legale; in loro assenza, il processo decisionale si fonda sul giudizio sostitutivo e sul criterio del miglior interesse della persona.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.7 La sedazione palliativa dovrebbe essere attuata in ogni ospedale ed in tutti i setting di cura; se ciò non fosse possibile in alcuni setting, si dovrebbero predisporre procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per il trasferimento della persona in un setting ospedaliero appropriato alla gestione della sedazione palliativa.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	7.8 Quando è indicata la sedazione palliativa, deve essere valutata una rimodulazione delle terapie e dei trattamenti di supporto vitale per la persona malata.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
8. Quali formazione, aggiornamento continuo e mantenimento delle competenze sono richiesti per i medici che devono affrontare queste situazioni cliniche complesse?	8.1 La formazione, l'aggiornamento continuo ed il mantenimento delle competenze dei professionisti sanitari sono fondamentali per garantire un percorso efficace e sicuro di cura del paziente oncologico critico in ospedale.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	8.2 È auspicabile che le società scientifiche organizzino corsi di formazione ed aggiornamento per consentire ai professionisti sanitari di acquisire o mantenere competenze necessarie per gestire le situazioni cliniche complesse.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	8.3 È auspicabile che i responsabili della formazione nelle strutture sanitare predispongano corsi di formazione ed aggiornamento aziendali specifici per la singola struttura ospedaliera.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	8.4 I responsabili ed i coordinatori sanitari dovrebbero organizzare ed implementare collaborazioni interdisciplinari nei percorsi di risposta alle situazioni cliniche complesse.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)
	8.5. Tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione del percorso dei pazienti oncologici dovrebbero partecipare periodicamente ad eventi formativi specifici che offrano uno sviluppo o l'aggiornamento delle competenze ed esperienze pratiche avanzate.	Mediana 5 / Agreement: 100% (IQR 4-5)

INDICE

2 PANEL

4 ELENCO BPCA-O

9 INDICE

10 ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

11 PREMESSA

12 INTRODUZIONE

13 OBIETTIVI E AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE BPCA-O

14 METODOLOGIA

22 RISULTATI

22 1) Come valutare in una situazione d'urgenza un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche?

26 2) Come valutare rischi/benefici in un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità con indicazione ad eseguire una procedura invasiva o un intervento chirurgico d'urgenza?

29 3) Come rispondere alla richiesta di consulenza in DEA/PS per un paziente con sospetta o nota patologia oncologica che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata?

33 4) In caso di un paziente in fase avanzata di malattia in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile, quale soluzione organizzativa?

36 5) In caso di un paziente oncologico in condizioni cliniche critiche che rifiuti il trattamento proposto, quale soluzione organizzativa?

38 6) In caso di un paziente oncologico ricoverato in terapia intensiva o in reparto chirurgico che abbia indicazione ad un percorso di cure palliative, quale soluzione organizzativa?

42 7) In caso di un paziente oncologico con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa, quale soluzione organizzativa?

46 8) Quali formazione, aggiornamento continuo e mantenimento delle competenze sono richiesti per i medici che devono affrontare queste situazioni cliniche complesse?

49 APPLICABILITÀ

49 AGGIORNAMENTO

49 INDIPENDENZA EDITORIALE E GESTIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSE

50 BIBLIOGRAFIA

68 ALLEGATO 1 – PROTOCOLLO E REGOLAMENTO BPCAO

71 ALLEGATO 2 – SEARCH STRATEGY E PRISMA FLOW

75 ALLEGATO 3 – TABELLA SINTESI DELLE EVIDENZE

162 ALLEGATO 4 – SINTESI ESITI PRIORITIZZAZIONE DEGLI SCOPE

164 ALLEGATO 5 – SINTESI ESITI VOTAZIONE STATEMENT E RAZIONALI

178 ALLEGATO 6 – CONSULTAZIONE PUBBLICA

194 ALLEGATO 7 - RIFERIMENTI NORMATIVI

196 ALLEGATO 8 – DICHIARAZIONE CONFORMITÀ NORMATIVE VIGENTI

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

- AIMAC: Associazione Italiana Malati di Cancro
- AIOM: Associazione Italiana di Oncologia Medica
- APCU: Acute Palliative Care Unit
- AR: Anestesista Rianimatore
- CIPOMO: Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri
- COMU: Collegio degli Oncologi Medici Universitari
- DAT: Disposizioni Anticipate di Trattamento
- DEA: Dipartimento di Emergenza Accettazione
- DH: Day Hospital
- ECOG: Eastern Cooperative Oncology Group
- FAVO: Federazione Italiana delle Associazioni di Volontariato in Oncologia
- ICU: Intensive Care Unit
- ISS: Istituto Superiore di Sanità
- LG: Linee Guida
- MMG: Medico di Medicina Generale
- PCC: Pianificazione Condivisa delle Cure
- PS: Pronto Soccorso
- RCT: Randomized Controlled Trial
- RRT: Rapid Response Team
- SIAARTI: Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva
- SICO: Società Italiana di Chirurgia Oncologica
- SP: Sedazione Palliativa
- SSN: Servizio Sanitario Nazionale
- TI: Terapia Intensiva

LINGUAGGIO

- I termini "famiglia" e "familiari" indicano tutte le persone importanti per la persona malata.
- I termini "paziente" e "malato" indicano una persona indipendentemente dal genere.
- Data l'affinità tra le criticità del paziente oncologico e di quello onco-ematologico, nel presente documento quando è indicato l'oncologo ci si riferisce anche all'onco-ematologo.

PREMESSA

È opinione ampiamente condivisa che la cura dei malati oncologici sia complessa e richieda una stretta coordinazione tra molteplici professionisti sanitari. Infatti, la discussione collegiale dei percorsi di cura in oncologia è da anni considerata l'approccio appropriato nella pratica routinaria per garantire un'assistenza centrata sul paziente e per migliorare la qualità delle cure.

Frequentemente i curanti dei malati oncologici si trovano ad affrontare situazioni cliniche complesse nei diversi scenari ospedalieri (DEA/PS, DH, Terapia Intensiva, reparto di degenza ordinaria). Anche in queste situazioni, spesso d'emergenza-urgenza, è importante che i professionisti coinvolti si confrontino con altri specialisti per arrivare a decisioni condivise che garantiscano ai pazienti oncologici sia il tempestivo accesso alle cure sia la proporzionalità dei trattamenti. Ogni ospedale, tenendo conto delle proprie risorse, dovrebbe avere anche un percorso di cura per gestire le situazioni cliniche complesse nel paziente oncologico.

Questo documento rappresenta il risultato di un lavoro condiviso che ha prodotto delle raccomandazioni per le buone pratiche clinico-assistenziali in risposta a quesiti clinici (*clinical questions*) ritenuti di particolare rilevanza clinico-organizzativa nella gestione del malato oncologico da un gruppo di esperti rappresentante delle società scientifiche interessate e delle associazioni di volontariato.

Lo scopo di questo gruppo di lavoro è quello di produrre un documento di consenso che possa essere di riferimento e di stimolo per la realizzazione di percorsi e modelli organizzativi per la presa in carico del malato oncologico in situazioni cliniche complesse ospedaliere.

L'obiettivo di questo documento è di fornire indicazioni che tengano conto delle migliori evidenze disponibili per la definizione di percorsi clinici per il miglioramento degli esiti e della qualità della cura del paziente oncologico in situazioni cliniche per le quali non risultano ancora disponibili linee guida. Si sottolinea che le raccomandazioni di seguito presentate si basano sulla revisione sistematica delle prove esistenti in letteratura e sull'esperienza professionale dei componenti del gruppo competente e multidisciplinare. Nella stesura di queste raccomandazioni gli autori hanno tenuto conto anche dei riferimenti alla normativa italiana attualmente vigente.

La tipologia di questo documento è unicamente clinico-organizzativa poiché, partendo da reali e comuni situazioni cliniche complesse, trova la loro soluzione nell'organizzazione di percorsi. Il documento non ha l'obiettivo di elaborare raccomandazioni per il trattamento della patologia oncologica, dei suoi sintomi o delle complicanze dei trattamenti antitumorali.

In considerazione della variabilità tra sistemi sanitari regionali o provinciali, nonché tra ospedali di diverso livello, le raccomandazioni proposte potranno essere attuate in relazione alle risorse disponibili ed all'organizzazione locale.

INTRODUZIONE

La probabilità che una persona con diagnosi di tumore debba essere ricoverata in ospedale nel corso della propria storia di malattia, spesso più di una volta, è molto elevata. Il ricovero può avvenire in ogni fase della traiettoria della sua malattia (alla diagnosi, durante i trattamenti oncologici e nel fine vita). Tuttavia, l'analisi dei dati epidemiologici, sia in Italia sia nel mondo, indica che oltre il 60% dei ricoveri dei pazienti con malattia oncologica non è programmato, bensì necessario per il trattamento di eventi clinici acuti [1], [2]. Questa tipologia di accesso in ospedale, comunemente al DEA/PS, mostra una tendenza all'aumento ed è molto frequente (dal 30 al 65% dei pazienti oncologici) soprattutto nelle fasi avanzate della malattia. Inoltre, la maggior parte degli accessi per eventi acuti determina il ricovero del paziente [3], [4], [5], [6], [7], [8] .

Le cause di tali ricoveri urgenti sono molteplici, ma riassumibili in: sintomi non controllati, tossicità da trattamenti mirati al controllo della malattia e quadri clinici acuti di altre patologie concomitanti. L'indicazione al ricovero è determinata dall'impossibilità di trattare questi eventi clinici acuti in altri luoghi di cura, sia in ospedale (DH, ambulatorio) sia nel territorio (domicilio, altra struttura assistenziale). I determinanti di questa impossibilità sono da individuare principalmente nella necessità di cure erogabili solo in ambito ospedaliero, ma anche nell'assenza di condizioni che permettano alla persona malata di restare o tornare al proprio domicilio. Tra queste ultime condizioni ci sono l'assenza di caregiver, l'insufficienza delle risorse della rete assistenziale del territorio e la mancanza di coordinamento tra i diversi servizi sanitari e sociali territoriali [9].

I percorsi di cura ospedalieri per pazienti oncologici in condizioni critiche sono un aspetto complesso dell'assistenza sanitaria di questa numerosa popolazione. Questi percorsi devono essere progettati per integrare le competenze dei professionisti sanitari che curano questi pazienti (oncologi medici, chirurghi, anestesisti rianimatori, medici d'urgenza, palliativisti) focalizzandosi sia sul miglioramento degli esiti, sia sulla qualità delle cure per i pazienti che fanno esperienza di situazioni cliniche complesse[10].

In particolare, l'assistenza ospedaliera dei pazienti oncologici in condizioni critiche è un processo di cura dinamico e multidisciplinare volto a bilanciare il trattamento aggressivo con considerazioni sulla qualità della vita. La collaborazione tra i professionisti sanitari coinvolti in questi percorsi di cura è essenziale allo scopo di definirli e migliorarli e così soddisfare le complesse esigenze di questa vulnerabile popolazione di pazienti [11].

Sviluppare percorsi clinici condivisi aiuta a razionalizzare i processi di cura ed a ridurre la variabilità nel trattamento. Inoltre, percorsi standardizzati facilitano anche una migliore comunicazione tra i professionisti sanitari e garantiscono che tutti gli aspetti della condizione del paziente siano affrontati prontamente ed efficacemente.

Già diversi anni fa una revisione sistematica sugli effetti dei percorsi clinici aveva concluso che tali percorsi sono associati ad una riduzione delle complicanze ospedaliere e ad una maggiore accuratezza della documentazione clinica, senza influire negativamente sulla durata della degenza e sui costi ospedalieri [12]. Questo lo si può ottenere promuovendo le sinergie, la condivisione delle conoscenze, le modalità organizzative, la formazione e la comunicazione tra specialisti ospedalieri [13].

Infine, questa coordinazione dei percorsi di cura è particolarmente vantaggiosa nel fornire supporto ai pazienti e alle loro famiglie.

OBIETTIVI E AMBITI DI APPLICAZIONE DELLE BPCA-O

OBIETTIVI

Le BPCA-O sono finalizzate a sostenere la progettazione e l'implementazione di percorsi clinico-assistenziali ospedalieri per il paziente oncologico adulto, con un approccio condiviso e multidisciplinare nelle situazioni cliniche complesse.
In particolare, puntano a razionalizzare i processi di cura, ridurre la variabilità nelle decisioni e migliorare la comunicazione tra professionisti, garantendo una presa in carico più tempestiva ed efficace.
Il documento è strutturato per rispondere a quesiti organizzativi ricorrenti in urgenza/emergenza e nei diversi setting ospedalieri (DEA/PS, DH, TI, reparti chirurgici e di degenza).
Le raccomandazioni sono inoltre concepite per essere applicate tenendo conto delle differenze tra le strutture e delle risorse disponibili a livello locale.

POPOLAZIONE TARGET

La popolazione target è rappresentata dal paziente oncologico adulto ricoverato in ospedale, lungo l'intera traiettoria di malattia (diagnosi, trattamenti, fine vita), con un'elevata frequenza di accessi non programmati per eventi acuti, spesso attraverso DEA/PS, e con elevata probabilità di successivo ricovero.
Le condizioni che determinano tali accessi includono principalmente sintomi non controllati, tossicità correlate ai trattamenti e quadri acuti di patologie concomitanti, spesso non gestibili in setting alternativi ospedalieri o territoriali.
L'ambito di applicazione riguarda in modo specifico le situazioni cliniche complesse e critiche, comprese quelle in fase avanzata di malattia o associate a gravi comorbilità, il bilanciamento rischi/benefici in urgenza, la gestione di sintomi refrattari e l'orientamento verso percorsi palliativi quando indicato.

UTILIZZATORI TARGET

Gli utilizzatori target sono i professionisti sanitari ospedalieri coinvolti nella presa in carico dei pazienti oncologici in condizioni critiche, per i quali il documento sottolinea la necessità di integrare competenze e decisioni tra oncologi, chirurghi, anestesisti-rianimatori, medici d'urgenza e palliativisti.
In senso applicativo, le BPCA-O si rivolgono anche a chi ha responsabilità di organizzazione e coordinamento dei percorsi e di formazione nelle strutture sanitarie, poiché l'implementazione richiede collaborazioni interdisciplinari e processi formativi orientati a un linguaggio comune e a percorsi condivisi "dal DEA/PS alla dimissione o al fine vita".
Gli statement, infine, sono pensati per essere adottati e adattati nei diversi contesti organizzativi locali, in coerenza con la variabilità tra ospedali e sistemi sanitari.

METODOLOGIA

Il protocollo metodologico, definito in modo puntuale prima dell'avvio dei lavori del Gruppo di Sviluppo e adottato come riferimento per l'intero processo di elaborazione delle BPCA-O, è riportato nella sua integralità nell'Allegato 1.

DEFINIZIONE E COMPOSIZIONE DEL GRUPPO DI SVILUPPO

Il percorso di sviluppo del documento BPCA-O era stato avviato nel 2022 su proposta di SIAARTI, con l'obiettivo di produrre un documento condiviso e multidisciplinare. In coerenza con l'impostazione BPCA-O, SIAARTI aveva quindi promosso un coinvolgimento multisocietario, richiedendo a AIOM, SICO, FAVO e AIMAC l'indicazione di esperti da includere nel gruppo di sviluppo, così da integrare competenze cliniche, organizzative e la prospettiva dei pazienti/caregiver, in linea con l'esigenza di un Panel multiprofessionale e rappresentativo.

Gli esperti sono stati nominati dai Presidenti delle Società/Associazioni coinvolte sulla base di una valutazione di comprovata expertise nella tematica trattata del documento. Il processo era stato strutturato secondo ruoli distinti, con l'obiettivo di garantire rigore metodologico, trasparenza e applicabilità degli output (statement e razionali) ai contesti operativi. La selezione del Gruppo di Sviluppo è stata concepita come trasparente e orientata alla rappresentatività delle competenze necessarie, di genere e rappresentatività geografica, nel rispetto sempre delle competenze includendo anche rappresentanti di pazienti e caregiver, soggetti integranti del processo di sviluppo.

Il Gruppo di Sviluppo è stato articolato in ruoli con funzioni complementari. Il Coordinatore (Paolo Cotogni) ha supervisionato e moderato le attività tra i componenti del gruppo di sviluppo; il Metodologo (Andrea Cortegiani) ha garantito la coerenza metodologica del percorso e l'aderenza al processo decisionale previsto dal manuale metodologico, inclusa la gestione delle votazioni. I Literature Search Specialist (LSS),Eleonora Balzani, Irene Coloretti, Vincenzo F. Tripodi, Ruggiero Vacirca, coordinati dal Metodologo, hanno supportato il Panel nella progettazione, conduzione delle strategie di ricerca bibliografica e reporting delle evidenze. In coerenza con la metodologia BPCA-O, il gruppo di lavoro non ha partecipato al processo di votazione.

Il Panel di esperti, costituito dagli esperti indicati dalle Società/Associazioni e dai rappresentanti dei pazienti (FAVO/AIMAC), ha avuto il compito di assicurare validità scientifica e applicabilità delle indicazioni, verificando la coerenza degli statement con le evidenze e con le esigenze pratiche dei diversi contesti.

La revisione esterna è stata affidata a due revisori indipendenti (Silvia Natoli, Arturo Cuomo), in conformità con la previsione di sottoporre il testo preliminare ad almeno due revisori esterni indipendenti, selezionati sulla base della loro autorevolezza e competenza, prima della finalizzazione del documento.

Inoltre, sono state invitate a partecipare al processo di consultazione pubblica le seguenti società scientifiche: l'Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica (AIIAO), il Collegio dei Professori di Anestesia e Rianimazione (CPAR), il Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri (CIPOMO), la Società Italiana di Cure Palliative (SICP), e la Società Italiana di Psico-Oncologia (SIPO).

SCOPING WORKSHOP

In occasione del primo incontro del gruppo di lavoro, il processo si è sviluppato in due momenti. Un primo momento in cui il metodologo ha presentato l'iter di sviluppo del documento, formazione metodologica e descrizioni di ruoli e compiti di tutti i soggetti coinvolti disciplinando ruoli e responsabilità, comunicazione, tempistiche, criteri e soglie di voto/approvazione, gestione dei dissensi, nonché procedure per ricezione, analisi e riservatezza dei documenti di lavoro.

La seconda parte dell'incontro si è sviluppata come uno Scoping workshop. La discussione secondo Nominal Group Technique (NGT) si è sviluppata come un processo strutturato, facilitato da Coordinatore e Metodologo, finalizzato a garantire una partecipazione equilibrata e a contenere l'influenza di dinamiche dominanti. In un primo momento, ogni partecipante ha elaborato individualmente proposte di scope; tali proposte sono state poi presentate collegialmente

con modalità ordinata, assicurando la registrazione di tutti i contributi. Successivamente, le idee raccolte sono state sottoposte a discussione guidata per chiarire contenuti e setting, distinguendo tra elementi sovrapponibili e ambiti realmente distinti.

DEFINIZIONE DEGLI SCOPE

Le risultanze dello Scoping workshop, che ha previsto la fase di raccolta degli scope, sono state sottoposte a processo di prioritizzazione da parte di tutto il gruppo di esperti. La prioritizzazione era stata condotta tramite form anonimo, preceduto da scheda anagrafica per il controllo di risposte mancanti o duplicazioni.

La valutazione ha utilizzato una scala Likert a 9 punti (1–3 non prioritario; 4–6 incertezza; 7–9 prioritario) e il consenso era stato definito come raggiunto quando almeno il 75% degli esperti (con esclusione di Metodologo e LSS) si collocava nel medesimo intervallo; gli scope selezionati erano quelli che avevano raggiunto almeno il 75% di accordo in termini di priorità. I risultati del processo di prioritizzazione sono riportati nell'allegato 4.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

La ricerca delle evidenze era stata intesa come base scientifica per la formulazione di statement e razionali, mediante un'analisi sistematica e strutturata delle fonti. I Literature Search Specialist hanno condotto una revisione sistematica utilizzando PubMed; il reporting era stato pianificato in conformità alle linee guida PRISMA (o checklist validate equivalenti). In funzione degli scope, la ricerca era stata impostata come rapid review, prevedendo la successiva condivisione dei risultati con tutto il Panel per guidare le fasi successive.

La revisione ha avuto una funzione informativa e orientativa nella formulazione degli statement, con l'obiettivo di identificare le evidenze più pertinenti a supporto del consenso esperto, facilitare la valutazione della rilevanza clinica e definire aree di incertezza. Sono state implementate due strategie di ricerca indipendenti: una prima strategia che copriva interamente un arco temporale fino al 30/06/2022; una seconda strategia riferita al periodo 01/07/2022 - 31/01/2025.

I criteri di inclusione hanno previsto: articoli originali, revisioni sistematiche, linee guida internazionali, revisioni narrative, consensus, buone pratiche cliniche, studi peer-reviewed in ambito adulto, condotti in setting assistenziali ospedalieri e territoriali; pubblicazioni in lingua inglese disponibili in full text

Sono stati esclusi:

- articoli in lingue diverse dall'inglese;
- abstract privi di full text;
- pubblicazioni non sottoposte a revisione paritaria.

Il processo di selezione e valutazione degli articoli è stato effettuato collegialmente dal metodologo, dai LSS e dai membri del gruppo di scrittura, in qualità di esperti clinici e scientifici dell'argomento, al fine di garantire la coerenza dei contenuti con gli obiettivi degli statements.

In totale sono stati identificati 3.250 record (2.413 dalla prima strategia e 837 dalla seconda); dopo rimozione dei duplicati, screening su titolo e abstract e lettura del full text, sono stati inclusi nella revisione 247 articoli (n. 49 dalla prima strategia e n. 173 dalla seconda). Sono stati inoltre integrati ulteriori n. 61 contributi proposti dal gruppo di sviluppo (comprendenti anche documenti scientifici societari e riferimenti legislativi), non individuati tramite la ricerca della letteratura, ma ritenuti di elevata rilevanza scientifica e applicabilità clinica.

Le stringhe di ricerca complete e i diagrammi PRISMA 2020 sono riportati in Allegato 2 mentre la sintesi tabellare delle evidenze è riportata nell'Allegato 3.

Una analisi secondaria dei lavori inclusi ha permesso di identificare distintamente gli studi qualitativi che riportano il punto di vista del paziente (n = 11 articoli) e quelli che riportano il punto di vista del professionista sanitario (n = 5 articoli). Per ciascun articolo è stata raccolta una sintesi dettagliata delle caratteristiche metodologiche, del contesto di studio e dei principali risultati. Nell'Allegato 3 è disponibile una rappresentazione sia descrittiva sia tabellare di tutti gli studi identificati, utile per una consultazione rapida e per confrontare i diversi approcci metodologici, le popolazioni coinvolte e le tematiche esplorate.

ELABORAZIONE DI STATEMENT E RAZIONALI

Conclusa la fase di raccolta e sintesi delle evidenze, il Gruppo di Sviluppo (GdS) è entrato nella fase di definizione degli statement, concepiti come affermazioni chiare, attuabili e formulate con linguaggio neutro, accompagnate da razionali espliciti che rendessero trasparente il collegamento tra evidenze, valutazioni del Panel e contenuto proposto.

Il set complessivo degli statement è stato sottoposto a votazione formale tramite scala Likert a 5 punti (1 massimo disaccordo; 5 massimo accordo), articolata in tre intervalli (1–2 non appropriato; 3 incertezza; 4–5 appropriato), la mediana del punteggio si trovava all'interno dello stesso range. Il consenso ("agreement") era stato considerato raggiunto quando almeno il 75% degli esperti, con esclusione di Coordinatore, Metodologo e LSS, esprimeva il proprio giudizio nell'intervallo 1–2 o 4–5.

Il tipo di consenso è stato determinato dal posizionamento della mediana. Non è stato necessario eseguire il secondo round di votazione, dato che tutti gli statements hanno raggiunto il consenso. I risultati delle votazioni sono stati riportati in forma tabulata in Allegato 5.

A seguito della votazione, è stato attivato un confronto asincrono via email tra i membri del panel, finalizzato a condividere commenti, promuovere riflessioni e facilitare l'interpretazione collegiale dei risultati.

REVISIONE ESTERNA

La revisione esterna del documento è stata affidata a due revisori indipendenti (Silvia Natoli, Arturo Cuomo), in linea con quanto previsto dal protocollo metodologico, che richiede la valutazione del testo preliminare da parte di almeno due revisori esterni indipendenti, selezionati sulla base di comprovata autorevolezza e competenza nell'ambito di riferimento, prima della finalizzazione del documento. I revisori 1 e 2 hanno formulato proposte di minor revision relative al wording di alcuni interventi e processi descritti. Tutti i commenti e le proposte di integrazione sono stati discussi collegialmente in seno al panel di esperti, che ha deliberato di accoglierli secondo quanto riportato di seguito:

REVISORE	STATEMENT	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE NON ACCETTAZIONE O MODIFICA EFFETTUATA
Modif	Razionale 1.2 "Particolarmente utile potrebbe rivelarsi" la consultazione di chi gestisce o abbia gestito le cure del paziente	Sarebbe meglio inserire indispensabile	Accettata	È indispensabile, se possibile, la consultazione
Rev1	Razionale 1.3 " riduce trattamenti non proporzionati e favorisce percorsi coerenti con le preferenze del paziente [pianificazione condivisa delle cure (PCC) documentata nella cartella clinica"	Forse sarebbe meglio dire: indirizza a trattamenti proporzionati ed eventuali DAT	Accettata	indirizza a trattamenti non proporzionati e favorisce percorsi coerenti con le preferenze del paziente [pianificazione condivisa delle cure (PCC) documentata nella cartella clinica, eventuali Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)].
Rev 2	Razionale 1.3 ", è necessario che il paziente o a persona da lui indicata possano fornire adeguate informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, e sulle opzioni di cura disponibili	è necessario chiedere al paziente o persona da lui indicata di fornire adeguate informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, e sulle opzioni di cura disponibili". Il paziente non è obbligato a sapere, ma il medico è obbligato a chiedere	Accettata	è necessario chiedere al paziente o a persona da lui indicata di fornire adeguate informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, e sulle opzioni di cura disponibili, laddove tali informazioni non siano reperibili dal fascicolo sanitario elettronico

Rev 1	Razionale 1.3 ", è necessario che il paziente o a persona da lui indicata possano fornire adeguate informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi, e sulle opzioni di cura disponibili	laddove tali informazioni non siano reperibili dal fascicolo sanitario elettronico	Accettata	
Rev 1	Razionale 1.4 "onde evitare trattamenti intensivi o futili in caso di prognosi infausta a breve termine	sproporzionati, afinalistici o futili	Accettata	onde evitare trattamenti intensivi sproporzionati o futili in caso di prognosi infausta a breve termine
Rev 1	Razionale 1.6 "Può essere preso in considerazione un approccio terapeutico più "aggressivo", invece, quando il trattamento antitumorale è molto efficace, e potrebbe portare a risoluzione parziale o totale del tumoe"	Deve	Accettata	modificato nel testo
Rev 2	Razionale 1.8 "sia gli indicatori prognostici (APACHE II, SAPS, qSOFA, NEWS, MEWS)"	perchè qSOFA e non SOFA? la biblio di riferimento parla del SOFA, tranne il lavoro 2, che accenna entrambi. io metterei SOFA	Accettata	Razionale 1.8 "sia gli indicatori prognostici (APACHE II, SAPS, SOFA, NEWS, MEWS)"
Rev 2	Razionale 1.8 "È tuttavia auspicabile che queste scale vengano utilizzate di routine come strumento, anche se non unico, a supporto delle decisioni del team"	Forse si potrebbe dire che ciascun centro dovrebbe scegliere la scala prognostica con cui ha maggiore dimestichezza ed utilizzarla in maniera sistematica quale supporto alle decisioni	Accettata	modificato nel testo
Rev 2	Razionale 2.1 "deve essere ovviamente confermata dall'operatore preposto ad effettuarla"	Inserirei anche condivisa	Accettata	modificato nel testo
Rev 1	Razionale 3.3 "In ogni ospedale dovrebbero essere elaborate delle procedure aziendali o dei protocolli formalizzati e condivisi che descrivano le soluzioni organizzative ("chi, che cosa, quando, dove, perché")	Inserire anche il come	Accettata	In ogni ospedale dovrebbero essere elaborate delle procedure aziendali o dei protocolli formalizzati e condivisi che descrivano le soluzioni organizzative ("chi, che cosa, come, quando, dove, perché") per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.
Rev 1	Razionale 3.7 "Pazienti oncologici con sospetta patologia oncologica non valutata o in trattamento attivo che presentino sintomi non controllati dovrebbero	pazienti oncologici in trattamento attivo o con sospetto di patologia oncologica non ancora accertata	Accettata	Inserimento nel testo di quanto richiesto

Rev 1	Razionale 3.7 "La letteratura indica in un reparto ospedaliero di Cure Palliative (Acute Palliative Care Unit - APCU), con letti dedicati, il setting di cura ideale per l'attuazione delle cure palliative nelle persone con sintomi non controllati dovuti a patologia oncologica in stadio avanzato senza ulteriori indicazioni a trattamenti oncologici o già in cure palliative domiciliari	parlerei di reparto ospedaliero di Cure Palliative e Simultaneous Care, includendo anche pazienti, affetti da sintomi non controllati dovuti alla malattia oncologica, che sono ancora in terapia antitumorale	Accettata	La letteratura indica in un reparto ospedaliero di Cure Palliative (Acute Palliative Care Unit - APCU), con letti dedicati, il setting di cura ideale per le persone con sintomi non controllati dovuti a patologia oncologica in stadio avanzato, sia per pazienti in cure simultanee (Simultaneous Care) che sono ancora in trattamento antitumorale, sia per l'attuazione delle cure palliative in quelli senza ulteriori indicazioni a trattamenti oncologici o già in cure palliative domiciliari
Rev 1	Razionale 4.3"Al contrario, in malati in cui non esistono opzioni terapeutiche in grado di incrementare la sopravvivenza in maniera significativa, il ricovero in TI andrebbe evitato"	situazione clinica che caratterizza il fine vita	Rifiutata	La frase non è stata modificata perché il termine fine vita indica una prognosi, mentre in questa frase si vuole indicare che il ricovero andrebbe evitato se non esistono opzioni terapeutiche in grado di incrementare la sopravvivenza in maniera significativa.
Rev 2	Razionale 5.1 "A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38."	si può aggiungere anche la figura del terapista del dolore, se necessario?	Rifiutata	Non è possibile modificare o integrare perché si sta citando testualmente un articolo della legge.
Rev 2	Razionale 5.2 "I professionisti sanitari dovrebbero essere adeguatamente formati per condurre questi colloqui"	avvalendosi, laddove possibile, di psicologi clinici	Accettata	. I professionisti sanitari dovrebbero essere adeguatamente formati per condurre questi colloqui, avvalendosi, laddove possibile, di psicologi clinici
Rev 1	Statement 6.6 "Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve riflettere la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	Dovrebbe essere coerente con la volontà del paziente	Accettata	Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve essere coerente con la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.

CONSULTAZIONE PUBBLICA

In conformità ai requisiti metodologici dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la bozza del presente documento di Buona Pratica Organizzativa è stata sottoposta a una fase di consultazione pubblica finalizzata a validarne la rilevanza e l'applicabilità clinico-organizzativa. Il coinvolgimento sistematico ha interessato i Presidenti delle società scientifiche AIIAO (Associazione Italiana Infermieri di Area Oncologica), SIPO (Società Italiana di Psico-Oncologia), SICP (Società Italiana di Cure Palliative) e CPAR (Collegio dei Professori Ordinari di Anestesia e Rianimazione) e CIPOMO (Collegio Italiano dei Primari Oncologi Medici Ospedalieri), i quali hanno partecipato tramite un applicativo di survey strutturato (accessibile al link: https://it.eu.surveymonkey.com/r/LQ7K3CH). La valutazione del consenso è stata quantificata mediante una scala Likert a 5 punti (score 1-2: disaccordo; score 3: incertezza; score 4-5: accordo). L'analisi dei dati ha confermato una solida concordanza interdisciplinare: il 100% degli statement ha raggiunto una soglia di consenso (Agreement) dell'80%, con una distribuzione delle risposte concentrata nell'intervallo interquartile (IQR 4-5), come dettagliato nella reportistica statistica dell'Allegato 6.

I contributi qualitativi e i commenti emersi sono stati sottoposti a una procedura di revisione critica da parte del Coordinatore, del Panel multidisciplinare e del Referente della Società Scientifica, che hanno proceduto alla risoluzione delle eventuali divergenze e all'integrazione formale dei contenuti nel testo definitivo.

REV.	STATEMENT	COMMENTO	DECISIONE	MOTIVAZIONE NON ACCETTAZIONE O MODIFICA EFFETTUATA
A. Bovero	5.5 Una consulenza di Psicologia Clinica dovrebbe essere richiesta per sostenere la persona e la famiglia nel processo decisionale ed affrontare le difficoltà emotive.	Lo psicologo può valutare la presenza di problemi di adattamento, disturbi comportamentali, distress psicologico e sofferenza esistenziale allo scopo di prendersene cura con interventi specifici.	Accettata	Integrazione del testo come segue: . Lo psicologo può valutare la presenza di problemi di adattamento, disturbi comportamentali, distress psicologico e sofferenza esistenziale allo scopo di prendersene cura con interventi specifici. Inoltre, i colloqui di supporto psicologico possono aiutare il paziente e, se accettati, la famiglia ad esprimere le proprie preoccupazioni e paure e facilitare una decisione informata e consapevole
A. Bovero	Commento SCOPE 7 In caso di un paziente oncologico con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa, quale soluzione organizzativa?	sottolineare la necessita di formazione nella valutazione del distress psico-esistenziale.	Accettata	Nello statement 6.7, nel razionale, è espressamente riportato "La formazione deve riguardare competenze comunicative (comunicazione di prognosi, gestione delle emozioni, conduzione di colloqui con i familiari), competenze cliniche palliative (valutazione e trattamento dei sintomi, sedazione palliativa), aspetti etico-legali (proporzionalità, consenso informato, pianificazione condivisa delle cure) e competenze organizzative (leadership, sicurezza, qualità). Programmi di formazione dei professionisti sanitari sulla comunicazione riducono conflitti, ansia e depressione dei caregiver, favoriscono decisioni tempestive e concordate.

F. Fusco	1.4 In caso di patologia acuta intercorrente o di tossicità correlata alle terapie, la malattia oncologica non può rappresentare un pregiudizievole impedimento all'accesso ai trattamenti intensivi.	l'avvio o meno all'invasività non è questione meramente "tecnica" ma deve essere corroborato e sostenuto dall'attenzione alla relazione/ comunicazione con la persona malata e i suoi caregivers	Accettata	Commento già incluso nel razionale: "Deve tuttavia essere eseguita una attenta valutazione del singolo malato per definire lo stato dell'evoluzione del tumore, onde evitare trattamenti intensivi sproporzionati o futili in caso di prognosi infausta a breve termine "
F. Fusco	2.1 L'indicazione definitiva alla procedura invasiva o all'intervento chirurgico d'urgenza deve essere posta dal medico che eseguirà la procedura.	indicazione definitiva è frutto di una decisione collegiale, che condivide "in solido" scelte e responsabilità	Accettata	Commento già incluso nel razionale: "L'indicazione definitiva ad eseguire la procedura invasiva/intervento chirurgico deve essere ovviamente condivisa e confermata dall'operatore preposto ad effettuarla "
F. Fusco	3.2 I pazienti oncologici che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata dovrebbero essere attentamente monitorati per verificare se le loro condizioni cliniche migliorano o si stabilizzano oppure se sono nel fine vita.	essere in fine vita non significa NON dover essere monitorato. un sintomo non controllato nel fine vita va attenzionato quanto quello di un paz più stabile. statement per me non chiaro	Accettata	Inserito nel razionale "Quando il paziente è nel fine vita, intenso come ultime ore/giorni, un monitoraggio dei parametri, soprattutto se mediante rilevazioni strumentali, dovrà essere valutato come appropriato solo se finalizzato alla verifica dell'efficacia del trattamento dei sintomi"
F. Fusco	4.4 Per il paziente non dimissibile a causa di sintomi non controllati, la soluzione organizzativa appropriata è il ricovero nel reparto pertinente per le esigenze di trattamento.	se esiste il reparto pertinente. per es una Medicina generale supportata adeguatamente da rivalutazioni costanti di cure palliative ok altrimenti anche l'hospice può essere struttura per stabilizzazione di sintomi difficili (.. e ci sono reparti disponibili a prolungare ricoveri per adeguare un trattamento dei sintomi??)	Accettata	Testo integrato come segue"consente la valutazione della proporzionalità dei trattamenti, il trattamento dei sintomi refrattari/intollerabili e la pianificazione della dimissione protetta (cure palliative domiciliari, hospice).

F. Fusco	6.3 In chirurgia, il modello organizzativo consigliato è di tipo consultivo.	come "minimum set " si	Non applicabile	Riflessione accettabile, tuttavia il presente documento si prefigge di sviluppare degli standard che siano fattibili e applicabili su tutto il territorio nazionale.
F. Fusco	7.7 Se la persona non è capace di agire (non è mentalmente capace), si deve far riferimento, se presenti, alle Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o alla Pianificazione Condivisa delle Cure o al rappresentante legale; se assenti, il medico/équipe sanitaria deve decidere in base al giudizio sostitutivo e/o al criterio del miglior interesse della persona.	non escludere la famiglia dal processo decisionale, con "family conference", intensa ricerca delle volontà pregresse etc	Non applicabile	Il panel ritiene di doversi attenere all'attuale piano normativo che prevede: "Nell'art. 5, comma 1, della legge è scritto che " ... può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'équipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità." Resta inteso quanto riportato nel 6.7 in termini di formazione e reference 208, proprio sul tema delle family conferences.
R.R. Silva	Commento SCOPE 4 - In caso di un paziente in fase avanzata di malattia in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile, quale soluzione organizzativa?	purtroppo a seguito dello shortage dei palliativisti è sempre più opportuna una formazione in cure palliative dei medici oncologi	Accettata	Commento già incluso nel razionale "Riassumendo, per pazienti in DH non dimissibili a causa di sintomi non controllati si deve prevedere un ricovero rapido in TI o nel reparto appropriato (internistico, oncologico, chirurgico). In caso di transizione verso un percorso di cure palliative, dove disponibile, il ricovero in Acute Palliative Care Unit (APCU) consente la valutazione della proporzionalità dei trattamenti, il trattamento dei sintomi refrattari/intollerabili e la pianificazione della dimissione protetta (cure palliative domiciliari, hospice)." Inoltre, Resta inteso quanto riportato nel 6.7 in termini di formazione
R.R. Silva	5.5 Una consulenza di Psicologia Clinica dovrebbe essere richiesta per sostenere la persona e la famiglia nel processo decisionale ed affrontare le difficoltà emotive.	la consulenza psiconcologica dovrebbe far parte di tutto il percorso di cura del paziente	Non applicabile	Riflessione accettabile, tuttavia il presente documento si prefigge di sviluppare degli standard che siano fattibili e applicabili su tutto il territorio nazionale.

RISULTATI

1 COME VALUTARE IN UNA SITUAZIONE D'URGENZA UN PAZIENTE ONCOLOGICO IN FASE AVANZATA DI MALATTIA O CON GRAVI COMORBILITÀ CHE PRESENTI CONDIZIONI CLINICHE CRITICHE?

1.1 Tutti i malati oncologici che presentano condizioni cliniche critiche devono essere valutati per l'accesso a trattamenti intensivi e, per coloro che risultano candidabili, è indicato il ricovero in Terapia Intensiva.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 92,30% (IQR 4-5)

Sebbene le cause più frequenti di ricovero in Terapia Intensiva (TI) dei malati oncologici siano insufficienza respiratoria, sepsi/shock settico e shock ipovolemico, qualunque causa di scompenso d'organo che richieda terapie di supporto vitale deve essere discussa con i medici di TI[14], [15], [16], [17]. Infatti, ogni situazione clinica complessa può essere affrontata con i trattamenti intensivi, la cui indicazione è dipendente dallo stato di malattia oncologica e dalle opzioni di cura disponibili [18], [19], [20], [21], [22].

Il ricovero in TI, anche per esigenze di allocazione delle risorse, non è indicato a scopo precauzionale a persone in fase di compenso ("too well") [23], [24], [25]. La tempestività del ricovero, qualora indicato, rappresenta invece un obiettivo prioritario poiché il ritardo nell'erogazione delle cure intensive impatta in modo significativo sul risultato finale [14], [15], [14], [15], [19], [24], [26], [27]. [28] [27] [29] [30].

1.2 L'indicazione ai trattamenti intensivi è di competenza dell'anestesista rianimatore. La decisione dovrebbe essere presa, ove possibile, attraverso una discussione multidisciplinare tra oncologo, anestesista rianimatore ed eventualmente altri professionisti, valutando prognosi, aspettative e possibilità di recupero.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Sebbene l'anestesista rianimatore sia lo specialista deputato a valutare l'indicazione ai trattamenti intensivi, è necessario compiere il massimo sforzo per perseguire la condivisione delle decisioni. In particolare, dovrebbe sempre essere ricercata la valutazione congiunta con l'oncologo che ha in cura il malato [19], [20], [26].

Sebbene in condizioni di urgenza possa risultare complicato, il team di valutazione può essere allargato anche ad altre figure professionali che, per le proprie competenze, potrebbero apportare un contributo significativo alla discussione, arricchendone le prospettive [31], [32]. È indispensabile, se possibile, la consultazione di chi gestisce o abbia gestito le cure del paziente (il medico di medicina generale, lo specialista di un'eventuale patologia d'organo cronica associata) così come lo specialista nel campo della patologia acuta che ha causato lo scompenso [19], [26]. Il coinvolgimento di più specialisti è finalizzato ad agevolare il processo decisionale del team e non deve comportare in alcun modo un intralcio o un rallentamento [20], [33], [34].

1.3 Stabilire la prognosi della persona malata di tumore è competenza dell'oncologo curante, che in situazione d'urgenza si dovrebbe sempre cercare di contattare. Nell'impossibilità di consultarlo, si deve fare riferimento alla documentazione clinica disponibile e/o a quanto riferito dal paziente e/o dai suoi familiari.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La stima prognostica in oncologia è di competenza primaria dell'oncologo curante; ove non disponibile, un oncologo della stessa Unità Operativa partecipa alla valutazione. La definizione congiunta degli obiettivi di cura (goal-concordant care) tra oncologo, anestesista rianimatore, chirurgo e team di cure palliative indirizza a trattamenti proporzionati e favorisce percorsi coerenti con le preferenze del paziente [Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) documentata nella cartella clinica, eventuali Disposizioni anticipate di trattamento (DAT)].

Poiché in situazione di urgenza il coinvolgimento diretto dell'oncologo che ha in cura il malato potrebbe risultare impraticabile, è necessario chiedere al paziente o a persona da lui indicata di fornire adeguate informazioni sulla diagnosi, sulla prognosi e sulle opzioni di cura disponibili, laddove tali informazioni non siano reperibili dal fascicolo

sanitario elettronico. È dovere dell'oncologo curante fornire al paziente una documentazione completa e aggiornata in merito allo stadio di malattia, all'obbiettivo della cura (p. es: guarigione vs. prolungamento dell'aspettativa di vita) ed alle terapie in atto, che possa essere consultata da colleghi in situazioni di urgenza. In assenza dell'oncologo e di sufficiente documentazione clinica, il paziente e/o i suoi familiari si fanno portavoce della prognosi comunicata loro precedentemente dall'oncologo curante. [14], [15], [20], [21], [26], [31], [35], [36]

1.4 In caso di patologia acuta intercorrente o di tossicità correlata alle terapie, la malattia oncologica non può rappresentare un pregiudizievole impedimento all'accesso ai trattamenti intensivi.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La presenza di una patologia oncologica non può costituire di per sé motivo di esclusione di una persona malata dai trattamenti intensivi [36]. Negli ultimi due decenni dati di letteratura hanno infatti dimostrato come la mortalità dei pazienti oncologici ricoverati in TI non si discosta da quella dei pazienti affetti da altre patologie croniche (insufficienza cardiaca, cirrosi epatica), per i quali la possibilità di essere sottoposti a cure intensive non è mai stata aprioristicamente messa in discussione [15], [18], [19], [20], [21], [37], [38], [39] .

I trattamenti intensivi non sono in grado di modificare l'evoluzione della malattia oncologica, ma sono indicati per il controllo di patologie acute intercorrenti (cardiaca, respiratoria, infettiva, etc.) o di tossicità gravi correlata alle terapie oncologiche [14], [18], [36], [40], [41]. [42]. Deve tuttavia essere eseguita una attenta valutazione del singolo malato per definire lo stato dell'evoluzione del tumore, onde evitare trattamenti intensivi sproporzionati o futili in caso di prognosi infausta a breve termine [19], [20], [21], [26][43][44] [45] [46].

1.5 I trattamenti intensivi dovrebbero essere proposti a tutti i pazienti oncologici nei quali la risoluzione dell'evento acuto consentirebbe un beneficio rilevante in termini di aspettativa di vita.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Lo scopo dei trattamenti intensivi è quello di mantenere in vita la persona malata, attraverso terapie di supporto vitale, dando tempo alla patologia acuta che ha provocato lo scompenso di migliorare/guarire [20]. In particolare, nei malati oncologici, riportare l'aspettativa di vita al livello precedente all'evento acuto consentirebbe di proseguire il trattamento oncologico [15], [36] .

Pertanto, nel caso di malattia oncologica con prognosi a medio e lungo termine e qualità di vita accettabile per il paziente (anche se solo potenzialmente, come risultato auspicabile di un trattamento oncologico), le cure intensive finalizzate al superamento della patologia intercorrente sono pienamente giustificate sia sul piano clinico sia sul piano etico [15], [18], [21], [26], [37], [47] .

1.6 Non è indicato il ricovero in Terapia Intensiva dei pazienti non elegibili a trattamento oncologico e di quelli con performance status compromesso.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Nel caso in cui la malattia oncologica non abbia ulteriori possibilità di trattamento, risulterebbe sproporzionato sottoporre il paziente a cure intensive, mentre una transizione a cure palliative, se non ancora attivate, rappresenterebbe la strategia ottimale[15], [19], [20], [48].

Deve essere preso in considerazione un approccio terapeutico più "aggressivo", invece, quando il trattamento antitumorale è molto efficace, e potrebbe portare a risoluzione parziale o totale del tumore (es: tumore del testicolo o leucemia acuta, linfoma, ma anche altri tipi di tumore solido, in relazione alla disponibilità di trattamenti targeted o immunoterapici mediamente associati ad un rilevante beneficio clinico).

Tra i parametri clinici e gli indici prognostici proposti per selezionare i pazienti, la compromissione dell'ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) Performance Status (PS) Scale si è rivelata particolarmente affidabile nel predire un outcome sfavorevole e rappresenta pertanto uno strumento irrinunciabile per guidare le strategie decisionali sui percorsi di cura del paziente oncologico. In particolare, pazienti con ECOG PS 3, o PS 2 se associato a rapida progressione tumorale, hanno prognosi peggiore. [16], [35], [49], [50], [51].

1.7 Nella decisione di sottoporre o meno il malato oncologico a trattamenti intensivi si dovrebbe tenere conto oltre che della prognosi oncologica anche delle comorbilità.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

È noto come l'età del soggetto e soprattutto la presenza di comorbidità possa impattare sulla evoluzione del tumore e sulla attesa di vita del malato [16], [26], [52]. I dati della letteratura non supportano criteri assoluti in grado di orientare il triage [36]. In particolare, non esistono parametri clinici specifici o indici prognostici in grado di indirizzare in maniera inequivocabile la decisione se indirizzare o meno il malato oncologico a trattamenti intensivi [15], [18], [20], [27].

L'approccio deve conseguentemente essere basato su una visione d'insieme, prendendo in considerazione tutti i fattori legati al paziente, al tumore, all'età ed alla presenza, entità e tipo di comorbidità, che possono aiutare il team a predire ragionevolmente il buon esito dei trattamenti intensivi [15], [19], [21], [35] [53].

L'approccio deve conseguentemente essere basato su una visione d'insieme, prendendo in considerazione tutti i fattori legati al paziente, al tumore, all'età ed alla presenza, entità e tipo di comorbidità, che possono aiutare il team a predire ragionevolmente il buon esito dei trattamenti intensivi [14], [54].

1.8 Le scale per la valutazione delle comorbilità e gli indicatori prognostici sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva e individuale della singola persona malata.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La revisione della letteratura ha individuato alcuni fattori prognostici correlati con la mortalità (numero di insufficienze d'organo, necessità di ventilazione meccanica, necessità di vasopressori, trattamenti che hanno preceduto il ricovero in TI) [15], [19], [26], [36], [55] che rappresentano utili ausili non solo per il non avvio dei trattamenti intensivi (witholding), ma anche per discutere l'eventuale rinuncia all'incremento o anche la sospensione dei trattamenti stessi (withdrawing)[21] [56], [57][57].

Negli ultimi due decenni è stato osservato che, contrariamente a quanto si era ritenuto in passato, la patologia oncologica sottostante ha di per sé un impatto modesto sull'outcome [15], [19], [21].

Il ricovero in TI deve conseguire a una valutazione olistica del malato oncologico ed il percorso di cura deve essere pianificato secondo un modello sartoriale in grado di tenere conto di tutte le variabili significative di quel singolo paziente, compresi i suoi desideri [14], [20].

Benché presentino l'indiscutibile vantaggio dell'oggettività e della misurabilità dei parametri, sia le scale per la valutazione delle comorbilità [Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-G), Charlson Comorbidity Index (CCI)], sia gli indicatori prognostici (APACHE II, SAPS, SOFA, NEWS, MEWS) non possono in alcun modo sostituire la valutazione del malato oncologico nella sua complessità [15], [19], [36], in quanto finiscono col trascurare aspetti non misurabili ma estremamente rilevanti per indirizzare le decisioni. Ciascun centro dovrebbe scegliere la scala prognostica con cui ha maggiore esperienza ed utilizzarla in maniera sistematica quale supporto alle decisioni del team [21].

1.9 Nei casi di incerta definizione prognostica, potrebbe essere indicato un trattamento intensivo di durata o intensità limitate con una rivalutazione ad intervalli frequenti (anche quotidiani) dell'indicazione ai trattamenti intensivi in relazione all'evoluzione clinica.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il ricovero in TI non deve comportare per la persona malata l'automatica accettazione di trattamenti ad oltranza con un incremento di intensità/invasività. L'indicazione ad ogni nuovo trattamento, a maggiore ragione se di natura invasiva, deve essere di volta in volta valutato e discusso con il paziente e/o i suoi cari (o il fiduciario, se nominato dal paziente stesso), fornendo informazioni precise circa il bilancio tra i benefici previsti ed i potenziali oneri fisici e psicologici per il paziente [26]. Anche i trattamenti di supporto vitale già intrapresi devono essere rivalutati periodicamente per decidere se continuarli o sospenderli (rimodulazione terapeutica) [14], [19].

Nei casi a prognosi incerta, se la situazione ed il contesto lo consentono, si raccomanda un time-limited trial in TI stabilendo in anticipo un limite temporale (ore/giorni) [18] e/o di intensità/invasività pre-definiti (pre-defined) correlati alle procedure ed alle complicanze da trattare ("do not escalate" decisions) con rivalutazioni quotidiane [19], [20] [21].

Prevedere in anticipo la strategia terapeutica consente spesso di preparare adeguatamente la persona malata e la sua rete di persone care/fiduciario, mediante una comunicazione strutturata, ad un eventuale fallimento dei trattamenti intensivi. In particolare, consente di prefigurare fin dall'inizio un'eventuale transizione ad un percorso di cure palliative, laddove quelle intensive si rivelassero inefficaci, con la sospensione dei trattamenti non proporzionati [19], [20], [48], [58].

1.10 L'accesso ai trattamenti intensivi deve sempre rispecchiare la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il rispetto dell'autonomia decisionale della persona malata rappresenta un dovere sul piano etico e deontologico oltre che un obbligo di legge [59]. I trattamenti intensivi possono comportare un costo elevato in termini di sofferenze fisiche e psicologiche e pertanto non può essere data per scontata la loro accettazione. Sebbene in situazione d'urgenza possa rivelarsi complicato informare in modo esauriente il malato, deve essere assolutamente sempre garantita un'informazione comprensibile e sufficiente, anche sulle possibili alternative ai trattamenti intensivi e sulle presumibili differenze in termini prognostici, in modo da ottenere un consenso consapevole del malato al percorso di cura proposto[60].

È auspicabile che nel percorso di cura oncologico ci sia spazio per una PCC, che permetta di pianificare, nel colloquio tra oncologo e persona malata, in anticipo, anche l'eventuale erogazione delle cure intensive, in caso di evento acuto intercorrente [19], [20], [21], [61].

Più complicata è la situazione in cui il paziente, per la gravità del quadro clinico o per la riduzione/abolizione della coscienza non è in grado di esprimere il proprio consenso. In questo caso il rispetto di eventuali disposizioni anticipate di trattamento (DAT) costituisce un obbligo di legge. In assenza di PCC e/o DAT devono essere tenute in considerazione le testimonianze delle persone care, che, pur non avendo alcun potere decisionale, assolvono al ruolo prezioso di aiutare i curanti a ricostruire le volontà della persona malata [54].

1.11 La discussione multidisciplinare, il colloquio col paziente, gli obiettivi della Terapia Intensiva, la pianificazione degli interventi di cura condivisi devono essere registrati scrupolosamente nella cartella clinica ed aggiornati periodicamente.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La registrazione nella cartella clinica di tutte le fasi del processo decisionale rappresenta un atto formale irrinunciabile[62]. Deve essere posta particolare attenzione a trascrivere in cartella la composizione del team che ha preso le decisioni, le motivazioni, le eventuali decisioni e modifiche che intervengono da parte del team nei giorni successivi. Nella cartella clinica devono essere riportati puntualmente i motivi che hanno indotto il team dei curanti a modificare la strategia di cura precedentemente condivisa e le informazioni fornite alla persona malata e ai suoi familiari [63].

2 COME VALUTARE RISCHI/BENEFICI IN UN PAZIENTE ONCOLOGICO IN FASE AVANZATA DI MALATTIA O CON GRAVI COMORBILITÀ CON INDICAZIONE AD ESEGUIRE UNA PROCEDURA INVASIVA O UN INTERVENTO CHIRURGICO D'URGENZA?

Negli ultimi anni una serie di studi ha dimostrato una potenziale efficacia della chirurgia palliativa nel migliorare la qualità della vita dei malati oncologici anche in fase avanzata, attraverso il controllo dei sintomi e/o garantendo la prosecuzione di terapie antitumorali [64], [65], [66], [67]. Si stima che nei centri oncologici ad elevato volume di attività, circa il 10-15% di tutte le procedure chirurgiche o endoscopiche vengano eseguite con finalità di palliazione. In ambito addominale, per es., la metà di queste procedure è diretta a risolvere una complicanza (occlusione, fistola, sanguinamento, ittero), e quindi proposta in situazione di emergenza/urgenza. La chirurgia oncologica palliativa richiede notevole esperienza clinica e accurata conoscenza delle diverse opzioni di cura, poiché tali procedure, specie se richieste in emergenza, coinvolgono soggetti defedati, con elevato rischio anestesiologico, di complicanze post-intervento e di mortalità [64], [66]. Inoltre, la chirurgia palliativa non trova al momento una standardizzazione delle procedure, per l'estrema variabilità di situazioni cliniche, in assenza di protocolli terapeutici condivisi, poiché gli studi disponibili sono di tipo retrospettivo. Per questo è auspicabile che queste decisioni così complesse vengano sempre assunte a livello multidisciplinare, che è la sola modalità che garantisce non solo una accurata valutazione di tutti i pro e contro dell'intervento, ma anche di analizzare tutte le opzioni alternative disponibili per raggiungere la decisione più appropriata per quel singolo malato [68], [69], [70], [71] [72], [73] [73] .

2.1 L'indicazione definitiva alla procedura invasiva o all'intervento chirurgico d'urgenza deve essere posta dal medico che eseguirà la procedura.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il medico che ha in cura il malato oncologico (oncologo o altri specialisti, medico palliativista, MMG) che individua la potenziale necessità di un trattamento invasivo, contatta lo specialista deputato ad eseguire la procedura (chirurgo, radiologo interventista, endoscopista, cardiologo emodinamista), fornendogli tutti gli elementi clinici per valutare rischi e benefici ed eventuali alternative disponibili. Qualora il malato sia in trattamento oncologico, è auspicabile sempre che la decisione venga assunta coinvolgendo il gruppo multidisciplinare di patologia [65], [68], [69], [70], [71]. Bisogna infatti definire in modo corretto il grado di severità della sintomatologia correlata alla neoplasia avanzata e l'efficacia che un trattamento alternativo alla procedura o all'intervento invasivo potrebbe avere [74].

L'indicazione definitiva ad eseguire la procedura invasiva/intervento chirurgico deve essere ovviamente condivisa e confermata dall'operatore preposto ad effettuarla [75].

2.2 L'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza dovrebbe coinvolgere l'oncologo di riferimento del malato, al fine di garantire una corretta valutazione prognostica, in relazione al tipo e stadio di tumore e alla disponibilità o meno di terapie antitumorali.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

L'opportunità di sottoporre un paziente oncologico ad una procedura invasiva/intervento chirurgico in emergenza, anche se giudicata appropriata sia dal curante sia dall'operatore, dovrebbe essere sempre discussa insieme all'oncologo, ove possibile.

L'indicazione, infatti, deve considerare la situazione del malato oncologico nella sua complessità, e dev'essere giustificata da una effettiva probabilità di determinare un beneficio al paziente (in termini di qualità della vita o quantità di vita, o di poter effettuare o proseguire un trattamento oncologico efficace) [65], [71], [76], [77], [78], [79].

2.3 L'anestesista rianimatore dovrebbe essere coinvolto precocemente nella discussione con il paziente e, insieme al medico che eseguirà la procedura invasiva o l'intervento chirurgico ed all'oncologo, contribuisce ad identificare il trattamento più idoneo in base alle condizioni cliniche ed all'impatto previsto della procedura stessa.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La procedura invasiva o l'intervento in urgenza che trovano indicazione dal punto di vista chirurgico oncologico, potrebbero rivelarsi, infatti, rischiose sul piano anestesiologico, anche in modo rilevante. La valutazione della fragilità e delle comorbilità del paziente sono finalizzate non solo a stabilire il rischio anestesiologico periprocedurale, ma anche il presumibile impatto della procedura sulle condizioni generali della persona malata e sull'equilibrio potenzialmente precario della sua omeostasi. Il ruolo dell'anestesista rianimatore consiste nel prospettare al team ed al paziente le presumibili conseguenze e le possibili complicanze della procedura invasiva, compreso l'impatto di eventuali cure intensive post-operatorie [80].

La possibilità che una procedura invasiva o intervento chirurgico in urgenza possa compromettere il compenso, spesso precario, e determinare a cascata ulteriori trattamenti invasivi (ventilazione meccanica prolungata, tracheotomia) deve essere attentamente valutata per indirizzare eventualmente il percorso di cura verso scelte meno invasive e con minor rischio per il paziente [81].

2.4 La candidabilità ad una procedura invasiva o intervento chirurgico in urgenza deve essere valutata in base a: aspettativa di vita in assenza dell'evento acuto, performance status, impatto sulla qualità di vita, disponibilità e beneficio atteso dalle opzioni di cure oncologiche, grado di invasività della procedura e volontà del malato.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La procedura invasiva può essere effettuata solo dopo una scrupolosa valutazione di tutti gli elementi idonei a garantire che non si tratti di un trattamento sproporzionato rispetto alle condizioni cliniche del soggetto.

Sebbene al momento non ci sia concordanza su parametri che possano indurre con certezza verso l'effettuazione o meno di una procedura/intervento invasivo, alcuni fattori possono essere di aiuto per orientare i clinici verso la rinuncia. In particolare, un ECOG Performance Status ≥ 3, e una aspettativa di vita, in assenza dell'evento acuto, limitata o l'indisponibilità di ulteriori terapie antitumorali [82], [83], [84], [85], [86] [87].

Non è possibile definire un limite temporale di aspettativa di vita al di sotto del quale non proporre procedure o interventi in urgenza, data la difficoltà di definire accuratamente la prognosi, l'ampia variabilità di situazioni cliniche e degli obiettivi dei malati. Per questo la decisione deve essere sempre personalizzata sul singolo malato e decisa nell'ambito del team multidisciplinare, in considerazione del fatto che per alcuni malati l'esito positivo della procedura o dell'intervento in urgenza potrebbe migliorare in modo significativo la sua attesa di vita [71], [88], [89], [90].

Il peso di altri fattori (in particolare impatto sulla qualità di vita, beneficio atteso dalle opzioni di cure oncologiche, grado di invasività della procedura) deve essere attentamente considerato all'interno della valutazione complessiva della persona e sempre in ambito multidisciplinare.

2.5 Il paziente deve essere esaustivamente informato della proposta di una procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza, dei rischi e dei benefici attesi e delle eventuali alternative disponibili.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il rispetto dell'autonomia decisionale del paziente prima ancora che un obbligo di legge rappresenta un imperativo etico e deontologico per il medico. È indispensabile quindi che il malato venga adeguatamente informato sui rischi e benefici della procedura/intervento proposto, e vengano indagati i suoi desideri [91], [92] le aspettative e la volontà direttamente o, se impossibilitato ad esprimersi, attraverso eventuali documenti (PCC o DAT), o la nomina di un fiduciario, o i familiari, o attraverso adeguata ricostruzione della volontà della persona malata.

È stato dimostrato che una metodologia standardizzata che si basa su più incontri, qualora la situazione clinica lo permetta, che coinvolgono in modo attivo il malato ed i familiari, sia in grado di migliorare in modo determinante la percentuale di successo del trattamento [93]. La persona malata dev'essere informata in modo semplice, comprensibile ed esaustivo del tipo di procedura chirurgica/interventistica proposto, dei benefici attesi e delle possibili complicanze.

Inoltre, dev'essere anche informata delle eventuali alternative disponibili [94], [95]. È importante dare tempo alla persona malata, se possibile, per chiarire eventuali dubbi/incertezze, prima che firmi il consenso.
La libertà del paziente di accettare o rifiutare qualsiasi forma di trattamento, compresi quelli salva-vita, sul piano giuridico è garantita dall'articolo 32 della Costituzione e dalla legge 219/2017. Quest'ultima prevede anche che il malato possa "rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece" [96].

2.6 L'informativa al paziente deve sempre considerare i possibili rischi di complicanze anche mortali, che potrebbero richiedere ulteriori trattamenti invasivi.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Non è infrequente che le procedure invasive eseguite su persone fragili e/o con comorbilità importanti possano provocare direttamente o indirettamente complicanze anche gravi che debbano essere affrontate mediante trattamenti rianimatori o altre ulteriori procedure invasive. Per questo, il percorso di cura deve essere personalizzato sulle esigenze e le peculiari condizioni del singolo paziente [97], [98].
Nel colloquio con la persona malata è pertanto importante informare anche delle possibili complicanze che si potrebbero verificare a seguito della procedura e di ciò che queste possono comportare [98], [99], [100]. Il team dovrà poi rivalutare insieme al paziente l'indicazione ad ogni nuovo trattamento, resosi necessario nell'evoluzione del quadro clinico o per l'insorgenza di complicanze [100].

2.7 La comunicazione dell'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza al paziente e/o ai suoi familiari deve essere gestita collegialmente dal team multidisciplinare o, in alternativa, da singole figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno del team.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Quanto più aumenta la complessità del quadro clinico, tanto più è necessario dedicare tempo ed impegno alla comunicazione con il paziente [96]. Nel corso dei colloqui il medico deve presentarsi come il portavoce dell'intero team multidisciplinare e rimarcare che quanto riferisce a proposito sia della prognosi sia dell'intero percorso di cura rappresenta la sintesi delle decisioni del team [98], [101], [102].
Nei casi, ragionevolmente frequenti, nei quali il colloquio viene gestito di volta in volta da professionisti diversi, deve essere usata la massima attenzione per evitare contraddizioni rispetto a quanto comunicato in precedenti colloqui. È fondamentale che nel passaggio delle consegne tra colleghi venga riportato anche il contenuto dei colloqui con il paziente o persona indicata dal paziente, ed i loro orientamenti [103], [104].

2.8 La discussione con il paziente, le decisioni condivise, la pianificazione e gli obiettivi del percorso di cura devono essere registrati nella cartella clinica [63], [102].
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Uno degli scopi fondamentali della cartella clinica è quello di lasciare traccia non solo del percorso clinico, ma anche delle ragioni che hanno portato il team multidisciplinare ed il paziente a scegliere una tra le varie possibili opzioni di trattamento [80], [105].
È indispensabile che nella cartella clinica siano riportati chiaramente:
1. i membri del team multidisciplinare che hanno preso parte alla decisione in merito ad effettuare o meno la procedura/intervento, e l'ora ed il giorno della discussione;
2. le motivazioni che hanno portato a decidere per la procedura/intervento, rispetto ad eventuali altre opzioni alternative;
3. il medico preposto ad informare il malato o la persona da lui indicata sulla procedura/intervento, e i benefici/rischi attesi;
4. la volontà del paziente e l'acquisizione del consenso, firmato quando possibile;
5. le ulteriori successive discussioni e decisioni intraprese dal team in relazione all'evoluzione del quadro clinico.

3 COME RISPONDERE ALLA RICHIESTA DI CONSULENZA IN DEA/PS PER UN PAZIENTE CON SOSPETTA O NOTA PATOLOGIA ONCOLOGICA CHE PRESENTI SINTOMI NON CONTROLLATI DALLA TERAPIA EROGATA?

3.1 Un sintomo è definito come non controllato quando gli appropriati trattamenti non sono capaci di assicurare un adeguato sollievo dalla sofferenza per un periodo accettabile.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Nelle linee guida (LG) "un sintomo è definito refrattario quando non può essere controllato, in modo adeguato e/o in un periodo di tempo accettabile e/o con un rapporto oneri-rischi/benefici sostenibile per il malato, dagli usuali e appropriati trattamenti o azioni di supporto capaci di assicurare un sollievo dalla sofferenza senza compromettere lo stato di vigilanza/coscienza" [106], [107], [108]].

Il sintomo non controllato deve essere distinto dal sintomo difficile che risponde, entro un tempo tollerabile per la persona malata, ad un trattamento ordinario ed appropriato.

Per i pazienti oncologici in DEA/PS, una consulenza viene richiesta quando sintomi quali dolore, dispnea, vomito, delirium o distress psico-esistenziale non sono controllati dalla terapia erogata. Più in generale, essa viene richiesta per condizioni cliniche quali: tossicità farmacologica da trattamenti oncologici, sindrome da lisi tumorale, emorragia massiva/shock emorragico, occlusione intestinale maligna, sepsi/shock settico, sindrome coronarica acuta, tromboembolia polmonare, compressione midollare, incidenti cerebrovascolari, stato di male epilettico, ostruzione delle vie urinarie maligna, sindrome mediastinica respiratoria e sindrome della vena cava superiore [109], [110], [111].

3.2 I pazienti oncologici che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata dovrebbero essere attentamente monitorati per verificare se le loro condizioni cliniche migliorano o si stabilizzano oppure se sono nel fine vita.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Riconoscere che i sintomi non sono adeguatamente controllati può essere complesso e talvolta complicato da una risposta alla terapia che può essere discontinua [112]. Infatti, le persone possono mostrare segni di miglioramento che possono stabilizzarsi o essere temporanei [106]. I pazienti dovrebbero quindi essere rivalutati con attenzione dopo le prime ore dall'accettazione in DEA/PS per prendere decisioni ponderate riguardo al percorso di cura successivo.

Quando il paziente è nel fine vita, inteso come ultime ore/giorni, un monitoraggio dei parametri, soprattutto se mediante rilevazioni strumentali, dovrà essere valutato come appropriato solo se finalizzato alla verifica dell'efficacia del trattamento dei sintomi.

3.3 In ogni ospedale sede di DEA/PS, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, dovrebbero essere presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La letteratura documenta in modo inequivoco che ogni giorno molti pazienti oncologici, soprattutto quelli in stadio avanzato, accedono ai DEA/PS per sintomi non controllati [113]. Molti studi dimostrano che il numero di accessi in DEA/PS delle persone con patologia oncologica aumenta significativamente negli ultimi mesi di vita [3], [114], [115], [116].

Spesso la situazione clinica della persona malata presenta una tale complessità da non rendere semplici le decisioni da parte del medico che ha in carico il paziente in DEA/PS (internista, medico d'urgenza, chirurgo, anestesista rianimatore); in particolare, per quanto riguarda l'appropriatezza sia della scelta dei trattamenti sia del percorso di cura (care pathway).

In letteratura è suggerita l'adozione di procedure operative specifiche per garantire un processo decisionale nel rispetto delle indicazioni cliniche, delle modalità di attuazione e degli aspetti giuridici, deontologici ed etici, tenendo conto delle risorse disponibili e dell'organizzazione locale [117], [118].

In ogni ospedale dovrebbero essere elaborate delle procedure aziendali o dei protocolli formalizzati e condivisi che descrivano le soluzioni organizzative ("chi, che cosa, come, quando, dove, perché") per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari. Potrebbero essere definiti degli indicatori misurabili per l'attivazione di valutazioni congiunte, anche con la presenza del palliativista (p.es.: ≥2 accessi in DEA/PS nei precedenti 30 giorni; ECOG ≥3 o ECOG 2 con rapida progressione; ≥2 insufficienze d'organo; necessità di ventilazione o vasopressori; sintomi non controllati da ≥24-48 ore; dubbi di proporzionalità). Tali indicatori vanno inclusi in procedure aziendali e monitorati come indicatori di qualità delle cure.

3.4 Le decisioni relative ai trattamenti non dovrebbero essere demandate ad una singola figura professionale ma, compatibilmente con le risorse umane disponibili e le circostanze fattuali, rappresentare il risultato di una valutazione collegiale multidisciplinare.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La letteratura dimostra che, quando sono dei team multidisciplinari a gestire i trattamenti, migliorano gli esiti (outcome) dei pazienti oncologici [119]. Con l'aumento della complessità delle informazioni diagnostiche e prognostiche, nonché dei trattamenti, un approccio multidisciplinare è in grado di garantire che i pazienti ricevano un'assistenza olistica, tempestiva ed appropriata [120], [121], [122], [123].

Le proposte di trattamento non dovrebbero essere intese come indipendenti l'una dall'altra, ma intrecciate e coordinate tra loro dai consulenti. Nello specifico di questa situazione clinica complessa, il medico curante del paziente in DEA/PS dovrebbe richiedere la valutazione congiunta, e non frammentata, da parte di medici di diversa specializzazione (oncologo, anestesista rianimatore, se necessario chirurgo). Infatti, una visione complessiva della persona malata e l'interdisciplinarità dell'approccio clinico possono consentire di definire il percorso di cura più appropriato [124]. In particolare, ove possibile, è opportuno coinvolgere nella valutazione l'oncologo (o altro specialista), che ha in cura il malato e che è maggiormente a conoscenza dei trattamenti effettuati, dell'evoluzione della malattia e della prognosi.

3.5 Il percorso di cura dovrebbe essere personalizzato sulle esigenze di trattamento e le peculiari condizioni della singola persona malata.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La consulenza in DEA/PS può essere richiesta per pazienti oncologici con caratteristiche cliniche diverse, cioè pazienti con sospetta patologia oncologica ancora non diagnosticata o valutata oppure in trattamento attivo, come pure pazienti senza ulteriori indicazioni a trattamenti oncologici o già in cure palliative domiciliari.

Nei pazienti con sospetta patologia oncologica ancora non diagnosticata o valutata oppure in trattamento attivo, deve essere valutata e trattata la causa dei sintomi, secondo percorsi diagnostici e terapeutici definiti dalle LG o dalle indicazioni di buona pratica clinica [36], [41].

Anche tra i pazienti in cure palliative domiciliari, ce ne sono alcuni che sono in trattamento oncologico (simultaneous care) e che vanno valutati nell'ottica di una potenziale risposta ai trattamenti intensivi [36], [123].

Più complessa è la valutazione dei pazienti senza ulteriori indicazioni a trattamenti oncologici o già esclusivamente in cure palliative [125]. Porre l'indicazione ai trattamenti intensivi è competenza dell'anestesista rianimatore. Tuttavia, la decisione dovrebbe essere presa, ove possibile, attraverso una valutazione collegiale con l'oncologo curante ed eventuali altre figure professionali (chirurgo, medico d'urgenza, palliativista) valutando prognosi, rischi potenziali e benefici attesi, impatto sulla qualità di vita e, soprattutto, volontà della persona malata.

Nella scelta del percorso di cura, è da tenere in considerazione che l'attuale disponibilità di trattamenti integrati può consentire una lunga sopravvivenza (mesi/anni) ad una persona con patologia oncologica anche in presenza di malattia metastatica. Questo tipo di informazione deve essere fornita dall'oncologo nella valutazione multidisciplinare, al fine di non precludere a pazienti oncologici in stadio avanzato i trattamenti intensivi o l'accesso alla TI se indicati [25], [52].

Stabilire la prognosi è competenza dell'oncologo curante che, in caso di accesso al DEA/PS della persona malata, si deve sempre cercare di contattare. Nel caso ciò non fosse possibile, un altro oncologo della stessa unità operativa dovrebbe partecipare alla valutazione multidisciplinare.

L'utilizzo di scale cliniche di valutazione di performance (Karnofsky Performance Status-KPS; ECOG Performance Status; Palliative Performance Scale-PPS), come pure di scale di valutazione prognostica (Palliative Prognostic Index-PPI; Palliative Prognostic-PaP Score; Necesidades Paliativas-NECPAL) può essere di supporto per definire, una volta valutata la prognosi, il percorso di cura più appropriato per misurare il reale beneficio di un trattamento intensivo in termini di impatto sull'aspettativa di vita e qualità della vita residua. Tuttavia, la maggior parte delle scale di valutazione prognostica dei malati oncologici non hanno dimostrato estesa applicabilità ed ampia affidabilità e per integrare l'accuratezza anche di scale validate è necessario l'approccio clinico di medici esperti [35], [126], [127].

3.6 La comunicazione alla persona malata della proposta di trattamento deve essere effettuata, quando possibile, in modo collegiale dall'équipe curante.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Le scelte relative agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari scaturite dalla discussione multidisciplinare dell'équipe curante e condivise nel colloquio con la persona malata devono essere riportate chiaramente nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

La comunicazione alla persona malata e, se lei lo vuole, ai suoi familiari sul percorso di cura deve essere gestita collegialmente dall'équipe curante o, se ciò non è possibile, da figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno dell'équipe.

Numerosi studi clinici hanno dimostrato una correlazione tra la comprensione della prognosi da parte dei pazienti e le decisioni in materia di assistenza sanitaria, gli esiti della malattia o l'adattamento psicologico nelle fasi avanzate della patologia oncologica [128], [129]. I pazienti che sono consapevoli della loro prognosi hanno una migliore qualità di vita e hanno maggiori probabilità di ricevere trattamenti e percorsi di cura coerenti con le loro preferenze [130].

Un tema ricorrente in letteratura è la difficoltà da parte dei curanti sia di riconoscere quando è il momento di interrompere le cure oncologiche, sia di discutere con la persona malata la transizione verso le cure palliative [131,132]. Esistono fattori correlati all'oncologo e relativi alla comunicazione della prognosi (generalmente una sovrastima), oppure alla mancanza di capacità di rispondere alle emozioni dei pazienti durante la discussione sulla prognosi [60, 133, 134,135]. La scarsa comprensione prognostica dell'aspettativa di vita è associata a minori probabilità di intraprendere un percorso di cure palliative ed a maggiori probabilità di ospedalizzazione [134].

Diverse azioni dovrebbero essere attuate dalle aziende ospedaliere (formazione, procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari) per migliorare la qualità della comunicazione ed il processo decisionale dei curanti facilitando l'accettazione e l'attivazione precoce del percorso di cure palliative da parte dei pazienti oncologici in stadio avanzato [136].

3.7 In ogni ospedale sede di DEA/PS, dovrebbero essere predisposte soluzioni organizzative formalizzate e condivise per il ricovero di pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Pazienti oncologici in trattamento attivo o con sospetta patologia oncologica non ancora confermata che presentino sintomi non controllati dovrebbero essere ricoverati in reparti di Oncologia/Ematologia o, se queste strutture non fossero presenti o non avessero disponibilità per accogliere il paziente, in reparti di Medicina Interna e Specialistica con competenze ed esperienza nella gestione di questi pazienti [137], [138].

Nei pazienti oncologici, l'intervento chirurgico d'urgenza può essere indicato in diverse situazioni critiche in cui è necessario un intervento tempestivo per prevenire gravi complicazioni, stabilizzare il paziente o alleviare sintomi acuti. I pazienti sottoposti a chirurgia o con patologia con potenziale indicazione ad un intervento chirurgico, senza indicazione all'accesso in TI, devono essere ricoverati in ambiente chirurgico generale o specialistico per individuare e trattare prontamente eventuali complicanze postoperatorie. La gestione della fase successiva all'intervento richiede un approccio multidisciplinare che coinvolga oncologi, fisioterapisti, medici nutrizionisti e psicologi nel programma di riabilitazione per garantire sia un recupero olistico sia la ripresa dei trattamenti antitumorali nei tempi appropriati.

Comunemente, la decisione di ricoverare pazienti oncologici in area critica o TI implica la valutazione di vari fattori, tra

i quali i principali sono il tipo e la stadiazione della neoplasia ed il performance status del paziente. Storicamente, il ricovero di pazienti oncologici in stadio avanzato era associato ad una limitata sopravvivenza.
Oggi la realtà clinica è cambiata e gli intensivisti devono considerare dei nuovi dati della letteratura per rivedere i criteri di accettazione del paziente oncologico critico in TI [139]. Primo, il progresso dei trattamenti di supporto vitale hanno migliorato la sopravvivenza in TI dei pazienti oncologici in condizioni critiche, sebbene la prognosi a lungo termine rimanga una sfida [16], [140], [141]. Secondo, la prognosi in TI è determinata principalmente dalla causa del ricovero del paziente in TI e dal numero di insufficienze d'organo e meno dalle caratteristiche della malattia oncologica [139].
Esiste la necessità di una chiara comunicazione tra intensivista ed oncologo. Infatti, uno degli elementi fondamentali sulla decisione sull'intensità e la durata delle cure in TI è la possibilità per la persona di sottoporsi a trattamenti oncologici con intento curativo o di impatto sull'aspettativa di vita dopo il recupero dalla condizione critica [139].
Se la refrattarietà dei sintomi suggerisce che la persona è nelle ultime settimane o mesi di vita, deve esserle garantito l'accesso ad un percorso di cure palliative per assicurarle le cure appropriate (right care) ed un dignitoso fine vita (*dignity in dying)* mentre le sue condizioni cliniche continueranno a peggiorare [63], [106], [142].
La letteratura indica in un reparto ospedaliero di Cure Palliative (Acute Palliative Care Unit - APCU), con letti dedicati, il setting di cura ideale per le persone con sintomi non controllati dovuti a patologia oncologica in stadio avanzato, sia per pazienti in cure simultanee (Simultaneous Care) che sono ancora in trattamento antitumorale, sia per l'attuazione delle cure palliative in quelli senza ulteriori indicazioni a trattamenti oncologici o già in cure palliative domiciliari [143], [144], [145], [146], [147], [148].

4 IN CASO DI UN PAZIENTE IN FASE AVANZATA DI MALATTIA IN DH ONCOLOGICO CHE PRESENTI SINTOMI NON CONTROLLATI DALLA TERAPIA EROGATA E NON SIA DIMISSIBILE, QUALE SOLUZIONE ORGANIZZATIVA?

4.1 I pazienti che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata devono essere attentamente monitorati.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
In generale, il sintomo non controllato è quello che non risponde, entro un tempo tollerabile per la persona malata, ad un trattamento ordinario ed appropriato. Tuttavia, riconoscere che i sintomi non sono adeguatamente controllati può essere complesso e talvolta complicato da una risposta alla terapia che può essere discontinua. Infatti, le persone possono mostrare segni di miglioramento che possono stabilizzarsi o essere temporanei [112].
Nella maggior parte dei casi, la necessità di ricovero per i pazienti oncologici sopraggiunge per l'evoluzione della malattia o come conseguenza di effetti collaterali della terapia antitumorale. I pazienti oncologici in DH possono presentare in generale sintomi quali dolore, dispnea, vomito, delirium o distress psico-esistenziale non controllati dalla terapia erogata. Più specificatamente, i sintomi non controllati possono essere dovuti a: tossicità farmacologica da trattamenti oncologici (insufficienza respiratoria acuta da polmonite interstiziale, enteriti acute, epatiti da immunoterapia, insufficienza renale acuta ed anafilassi) [149]; sepsi (in genere da neutropenia); oppure quadri evolutivi della malattia tumorale quali emorragia massiva/shock emorragico, occlusione intestinale maligna, embolia polmonare, compressione midollare, sindrome da lisi tumorale, crisi epilettiche, ostruzione delle vie urinarie maligna, sindrome mediastinica respiratoria e sindrome della vena cava superiore [41].
Inoltre, non tutti i quadri clinici acuti che occorrono in un malato oncologico sono correlati al tumore; p. es. insufficienza cardiaca congestizia, aritmie, sindrome coronarica acuta ed incidenti cerebrovascolari.

4.2 In ogni ospedale sede di DH oncologico, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, è appropriato che siano presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Spesso la situazione clinica della persona malata presenta una tale complessità da non rendere semplici le decisioni da parte dell'oncologo che ha in carico il paziente in DH. Pertanto, il curante deve richiedere una consulenza allo specialista di riferimento per il trattamento dell'evento acuto (chirurgo, anestesista rianimatore, medico d'urgenza o altro specialista). Le proposte di trattamento non dovrebbero essere intese come indipendenti l'una dall'altra, ma intrecciate e coordinate tra loro dai consulenti. In questa situazione clinica complessa, l'oncologo curante dovrebbe richiedere la valutazione congiunta, e non frammentata, da parte dei medici di diversa specializzazione. Infatti, una visione complessiva della persona malata e l'interdisciplinarità dell'approccio clinico possono consentire di definire il percorso di cura più appropriato [150]. Pertanto, in ogni ospedale dovrebbero essere elaborate delle soluzioni organizzative ("chi, che cosa, come, quando, dove, perché") condivise per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.

4.3 Anche in situazioni d'urgenza, le decisioni relative ai trattamenti intensivi dovrebbero essere condivise da un'équipe curante multidisciplinare.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Stabilire la prognosi è competenza dell'oncologo curante che deve valutare, nella scelta del percorso di cura, se l'attuale disponibilità di trattamenti integrati può consentire una sopravvivenza (mesi) ad una persona con patologia oncologica anche in presenza di malattia metastatica. Questo tipo di informazione deve essere fornita dall'oncologo nella valutazione multidisciplinare, al fine di non precludere a pazienti oncologici in stadio avanzato i trattamenti intensivi o l'accesso alla TI se indicati [25], 52].
L'indicazione all'intervento o alla procedura chirurgica deve essere posta o confermata dall'operatore cui spetta il giudizio sull'appropriatezza della stessa. È indispensabile, infatti, una competenza specialistica per stabilire se una procedura potenzialmente efficace sia tecnicamente effettuabile e se i benefici attesi siano superiori ai possibili effetti negativi [80].

L'indicazione ai trattamenti intensivi è di competenza dell'anestesista rianimatore, ma la presenza di una patologia oncologica non può costituire di per sé motivo di esclusione di una persona malata dai trattamenti intensivi [150]. Infatti, i pazienti neoplastici con precedente buon performance status e con possibilità di trattamenti traggono beneficio da un ricovero in TI [19], [21], [151]. Al contrario, in malati in cui non esistono opzioni terapeutiche in grado di incrementare la sopravvivenza in maniera significativa, il ricovero in TI andrebbe evitato [13].
A causa della frequente complessità delle situazioni, la gestione dei pazienti oncologici critici richiede una cura medica interdisciplinare di alta qualificazione. Il coinvolgimento di più specialisti è finalizzato ad agevolare il processo decisionale del team e non deve comportare in alcun modo un intralcio o un rallentamento [52]. Quando le decisioni sull'indicazione ai trattamenti intensivi (procedure invasive, intervento chirurgico, ricovero in TI) non sono frutto di una scelta individuale ma di un'équipe multidisciplinare, questo processo decisionale consente di valutare ed evidenziare i benefici di un trattamento intensivo versus la sua potenziale possibilità di protrarre inutilmente la sofferenza [13].

4.4 Per il paziente non dimissibile a causa di sintomi non controllati, la soluzione organizzativa appropriata è il ricovero nel reparto pertinente per le esigenze di trattamento.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
La sopravvivenza dei pazienti oncologici in Italia è in progressivo e costante miglioramento [19]. È quindi probabile che queste persone presentino nella loro traiettoria di malattia degli eventi acuti in grado di alterare una situazione di equilibrio e che necessitino di ricoveri ed interventi sanitari d'urgenza [41].
Pazienti in trattamento antitumorale che presentino sintomi non controllati devono essere ricoverati in reparti di Oncologia/Ematologia o, se queste strutture non sono presenti o non hanno disponibilità per ricoverare il paziente, in reparti di Medicina Interna o Specialistica con il precoce e continuo coinvolgimento degli oncologi nella gestione di queste persone malate.
I pazienti sottoposti a chirurgia o con patologia con potenziale indicazione ad un intervento chirurgico (p.es. occlusione intestinale, emorragia), senza indicazione all'accesso in TI, devono essere ricoverati in ambiente chirurgico generale o specialistico per individuare e trattare prontamente eventuali complicanze postoperatorie.
Circa il 5-10% dei pazienti oncologici sviluppa condizioni cliniche che richiedono il ricovero in TI [52], [152]. Quando ci si trova a dover decidere sul ricovero di un paziente oncologico in TI, si tratta di una situazione clinica complessa. In passato ai pazienti oncologici, in particolare a quelli con tumori solidi, si tendeva a negare l'accesso alla TI [153], mentre negli ultimi anni i pazienti affetti da neoplasie maligne rappresentano circa il 15-20% di tutti i ricoveri in TI [154], [155].
Poiché negli ultimi due decenni nei pazienti oncologici ricoverati in TI è stata riportata una mortalità che non si discosta da quella dei pazienti affetti da insufficienze d'organo croniche, non è più giustificato negare loro l'accesso alle cure intensive per la patologia tumorale di per sé [13], [36], [139]. Infatti, numerosi studi riportano che pazienti oncologici critici abbiano tratto benefici da un ricovero in TI [21], [36], [40], [41], [47], [52], [140], [149], [151], [156], [157].
Riassumendo, per pazienti in DH non dimissibili a causa di sintomi non controllati si deve prevedere un ricovero rapido in TI o nel reparto appropriato (internistico, oncologico, chirurgico). In caso di transizione verso un percorso di cure palliative, dove disponibile, il ricovero in Acute Palliative Care Unit (APCU) consente la valutazione della proporzionalità dei trattamenti, il trattamento dei sintomi refrattari/intollerabili e la pianificazione della dimissione protetta (cure palliative domiciliari, hospice).

4.5 Si suggerisce che un team di cure palliative risponda alla richiesta di consulenza proveniente dal DH oncologico in caso di un paziente in fase avanzata di malattia.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Negli ultimi 20 anni in diversi ospedali nel mondo è stato preso in considerazione un concetto nuovo del ruolo dell'anestesista rianimatore ("ICU without walls") [158] tradotto nell'istituzione di un team a guida anestesiologica operante in DEA/PS e, se necessario, in ogni emergenza intraospedaliera (Medical Emergency Team, MET), caratterizzato da una rapida risposta alle situazioni cliniche critiche (Rapid Response Team, RRT) [159], [160],[161] [162].
I membri dei RRT vengono coinvolti nei processi decisionali riguardanti i trattamenti di supporto vitale e possono

trovarsi nella situazione di dover decidere in urgenza per un approccio di cure palliative. Diversi studi suggeriscono che i RRT possano favorire in modo efficace le discussioni sugli obiettivi di cura appropriati ed affrontare altri bisogni di cure palliative in caso di emergenze ospedaliere in pazienti con patologie a prognosi infausta [163], [164], [165], [166].
Mutuando questo modello, sarebbe auspicabile, sulla base delle risorse disponibili, la creazione di un di team ospedaliero di cure palliative, composto da medici ed infermieri, che possa rispondere rapidamente ai curanti (agli oncologi in DH, ma anche ai medici d'emergenza in DEA/PS o ai medici internisti nei reparti) in caso di paziente in fase avanzata di malattia che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile.
L'implementazione di un team costituisce una soluzione organizzativa ideale in quanto nel medio termine può comportare un rilevante impatto sul boarding (tempo tra la decisione di ricoverare il paziente ed il ricovero stesso) [167], [168], nonché sulla tempestività ed appropriatezza sia dei trattamenti, il trattamento dei sintomi refrattari/intollerabili per il controllo dei sintomi sia nell'individuazione del percorso di dimissione [13], [169], [170].

4.6 Il paziente deve essere informato che le scelte relative agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari sono scaturite dalla discussione multidisciplinare dell'équipe curante.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
La comunicazione alla persona malata e, se quest'ultima lo vuole, ai suoi familiari sul percorso di cura dovrebbe essere gestita collegialmente dall'équipe curante o, se ciò non è possibile, da figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno dell'équipe. I pazienti che sono consapevoli della loro prognosi hanno maggiori probabilità di ricevere trattamenti e percorsi di cura coerenti con le loro preferenze [171].
Inoltre, stabilire preventivamente la strategia terapeutica permette di informare e preparare in modo adeguato sia la persona malata sia i suoi familiari, favorendo una migliore comprensione del possibile decorso clinico. Questo approccio consente di comunicare la possibilità di un insuccesso delle terapie intensive e di prefigurare, fin dall'inizio, un possibile passaggio ad un percorso di cure palliative, qualora quelle intensive non risultassero efficaci [163], [164], [165], [166].
Ma soprattutto, il processo decisionale riguardante tutto il percorso diagnostico-terapeutico deve tener conto dei desideri e dei valori del malato, delle caratteristiche della malattia oncologica, della disponibilità di opzioni terapeutiche, della prognosi, e della qualità della vita attesa [13].

5 IN CASO DI UN PAZIENTE ONCOLOGICO IN CONDIZIONI CLINICHE CRITICHE CHE RIFIUTI IL TRATTAMENTO PROPOSTO, QUALE SOLUZIONE ORGANIZZATIVA?

In linea con quanto previsto dalla normativa vigente (Legge 219/2017, Art. 1, comma 1, 3, 5 e 6) [59], l'équipe curante ha l'obbligo di attenersi alla decisione manifestata dal paziente di non accettare un trattamento proposto. Questa scelta può tradursi nel rifiuto o nell'interruzione anche di un trattamento di supporto vitale. L'équipe curante deve facilitare un dialogo aperto e continuo con la persona malata e la famiglia per esplorare le ragioni del rifiuto e fornire informazioni chiare e complete sulle opzioni alternative disponibili. I curanti devono valutare la consapevolezza del paziente del suo stato di salute e fornire informazioni dettagliate sui possibili esiti del rifiuto del trattamento e sulle alternative terapeutiche disponibili, inclusi trattamenti meno invasivi. In particolare, l'équipe curante dovrebbe assicurarsi che la persona abbia compreso appieno la prognosi e le implicazioni del rifiuto del trattamento. Se autorizzati dalla persona malata, i curanti dovrebbero coinvolgere attivamente i familiari nel processo di cura, garantendo che siano informati e supportati nelle loro preoccupazioni e decisioni. Le offerte di dialogo, se accettate dalla persona, dovrebbero continuare per tutti gli ultimi giorni di vita, poiché le persone possono cambiare idea sul tipo di assistenza che desiderano o le loro esigenze possono cambiare [106]. Il dialogo con il paziente e con i familiari è lo strumento che esplora e traduce la relazione tra chi offre, in scienza e coscienza, i trattamenti adeguati, e chi cerca di farli aderire al proprio progetto di vita come un abito su misura e che definisce il percorso di cura. I professionisti sanitari dovrebbero essere adeguatamente formati per condurre questi colloqui [172], [173].

5.1 L'équipe multidisciplinare deve garantire una documentazione accurata e costante del processo comunicativo e clinico che porta all'espressione della volontà del paziente, inclusi l'eventuale revoca o il rifiuto ai trattamenti.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Oltre agli obblighi normativi di annotazione, la qualità della relazione di cura richiede che l'équipe curante mantenga una documentazione aggiornata e dettagliata non solo della decisione finale, ma dell'intero percorso decisionale. Ciò include la narrazione dei colloqui avuti con il paziente e la famiglia e le motivazioni cliniche discusse. Tale accuratezza documentale è fondamentale per rispettare la possibilità del paziente di modificare la propria volontà in ogni momento, garantendo la continuità assistenziale e la coerenza dei trattamenti forniti rispetto alle preferenze espresse.

5.2 L'équipe curante deve garantire l'attivazione di procedure sistematiche per la verifica della presenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento o di una precedente Pianificazione Condivisa delle Cure al momento della presa in carico o del ricovero.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
In coerenza con il quadro normativo vigente (Legge 219/2017, Art. 4, comma 1) che tutela il diritto all'autodeterminazione,è responsabilità dell'équipe curante accertarsi se il paziente abbia già espresso le proprie volontà.
Tale verifica non deve limitarsi alla ricerca delle DAT nella Banca Dati Nazionale, ma deve estendersi alla documentazione clinica pregressa per individuare eventuali percorsi di Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC) già avviati. Questa ricerca è fondamentale per assicurare che le scelte terapeutiche in regime di ricovero siano rispettose dei valori e delle preferenze precedentemente manifestate dalla persona, specialmente in previsione di una possibile perdita della capacità decisionale.

5.3 Si raccomanda di richiedere nel contesto ospedaliero una consulenza di Psicologia Clinica nel processo decisionale della persona malata.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Il coinvolgimento di uno psicologo che, ove possibile, prenda parte alla valutazione della persona malata dovrebbe costituire un importante momento di diagnosi e cura nel caso di rifiuto di un trattamento sanitario. Lo psicologo può valutare la presenza di problemi di adattamento, disturbi di comportamento, stati e condizioni di malessere e sofferenza allo scopo di prendersene cura con mezzi psicologici. Inoltre, i colloqui di supporto psicologico possono

aiutare il paziente e, se accettati, la famiglia ad esprimere le proprie preoccupazioni e paure e facilitare una decisione informata e consapevole.

5.4 Una consulenza di Cure Palliative deve essere richiesta, ove possibile, per facilitare la pianificazione sia del piano di cura alternativo sia del trasferimento o della dimissione dei pazienti che rifiutino il trattamento proposto.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
Molti studi in letteratura dimostrano che la consulenza di medici esperti in cure palliative facilita l'individuazione di un piano di cura personalizzato che rispetti le preferenze della persona malata, che offra trattamenti alternativi o palliativi e che pianifichi il trasferimento o la dimissione nel setting più appropriato [174], [175], [176].
I curanti devono richiedere, ove possibile, la consulenza di esperti in Cure Palliative (meglio, ove disponibile, coinvolgere il team di Cure Palliative) per avviare il paziente al livello di intensità di cure appropriato alla sua complessità clinico-assistenziale.
Il team di Cure Palliative (medici, infermieri e, ove disponibili, psicologi e nutrizionisti):

- concorre alla scelta dei trattamenti, sia farmacologici sia di supporto vitale, atti a garantire il controllo dei sintomi e la migliore qualità della vita residua;
- fornisce un supporto specialistico all'individuazione del percorso e del setting di cura più appropriati;
- collabora ad una efficace comunicazione con la persona malata e con la famiglia, migliorando, quindi, il loro percorso di consapevolezza della malattia.

Nel caso di un paziente oncologico critico che rifiuti il trattamento, si deve considerare la possibilità di attuare esclusivamente cure palliative nel setting più appropriato. Se giudicato appropriato, si deve attivare l'assistenza domiciliare per fornire cure palliative e di supporto a casa, rispettando il desiderio del paziente di rimanere in un ambiente familiare.
Nel caso in cui le condizioni cliniche della persona, o il contesto sociale, non rendano possibile la presa in carico da parte delle unità di cure palliative al domicilio, come pure il trasferimento in hospice, la scelta appropriata sarebbe il trasferimento presso, ove presente, un'unità operativa ospedaliera con letti dedicati alle cure palliative e dove operi un'équipe medico-infermieristica con competenze specifiche.
La letteratura indica in una struttura ospedaliera di Cure Palliative (Acute Palliative Care Unit - APCU), con letti dedicati, il setting di cura ideale per l'attuazione delle cure palliative nelle persone con patologia oncologica in stadio avanzato senza ulteriori indicazioni a trattamenti sia intensivi sia antitumorali [143], [144].

5.5 L'équipe curante dovrebbe valutare di consultare, ove possibile, il Comitato per l'etica nella clinica per affrontare i dilemmi etici e garantire che la decisione della persona sia rispettata ed in linea con le normative giuridiche ed etiche.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
I comitati per l'etica nella clinica sono organismi indipendenti e multidisciplinari di livello aziendale garanti dei diritti, della dignità e della centralità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie e strumenti di diffusione della cultura bioetica[177]. I Comitati per l'etica nella clinica rappresentano un importante supporto per i pazienti, per le persone che li assistono ed anche per i professionisti del SSN. In caso di dilemmi etici, ove possibile consultarlo, il Comitato, su richiesta dei curanti, formula un parere in relazione ad una situazione clinica complessa quale il rifiuto da parte di un paziente oncologico del trattamento sanitario proposto dall'équipe multidisciplinare. In caso di questioni giuridiche, i curanti dovrebbero richiedere il supporto dei medici delle Unità Operative di Medicina Legale [178].

5.6 L'équipe curante dovrebbe organizzare riunioni regolari per discutere il caso clinico, valutarne l'evoluzione ed adattare il piano di cura secondo le esigenze e le preferenze del paziente.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)
La discussione frequente del caso clinico consente un percorso di cura che renda condivise e definite le decisioni cliniche e gestionali da applicare a questo tipo di pazienti. I curanti che adottano questa soluzione organizzativa possono garantire che il paziente oncologico riceva un'assistenza rispettosa e centrata sulla persona, anche quando rifiuta il trattamento proposto.

6 IN CASO DI UN PAZIENTE ONCOLOGICO RICOVERATO IN TERAPIA INTENSIVA O IN REPARTO CHIRURGICO CHE ABBIA INDICAZIONE AD UN PERCORSO DI CURE PALLIATIVE, QUALE SOLUZIONE ORGANIZZATIVA?

6.1 Si suggerisce di adottare un modello organizzativo che colleghi stabilmente terapia intensiva e reparti chirurgici con la rete di cure palliative.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 92,30 % (IQR 4-5)

L'integrazione dovrebbe essere strutturale (accordi organizzativi e percorsi), funzionale (processi condivisi) e professionale (équipe multidisciplinari con responsabilità definite). Obiettivo principale è assicurare la continuità delle cure e la coerenza decisionale lungo l'intero percorso, riducendo ritardi nella valutazione palliativa, riospedalizzazioni inappropriate e trattamenti sproporzionati nelle fasi avanzate di malattia [malattia [179], [180], [181], [182] [183], [184]].

È suggerita la formalizzazione di percorsi definiti e condivisi che prevedano: criteri di attivazione del team per le cure palliative; strumenti comuni di valutazione dei bisogni (sintomi, distress psicologico, bisogni spirituali); documentazione standard (scheda di consulenza, piano di cura, sintesi per la transizione); procedure per la dimissione protetta con collegamento diretto ai servizi territoriali (ambulatori, assistenza domiciliare o hospice); indicatori di monitoraggio (tempo alla consulenza, percentuale di pazienti con obiettivi di cura documentati, trasferimenti evitati, tasso di decessi in setting appropriato). La letteratura dimostra che l'integrazione precoce delle cure palliative nei percorsi oncologici riduce l'intensità di cure non proporzionate nel fine vita, migliora la qualità di vita e la soddisfazione di pazienti e caregiver e può ottimizzare l'uso delle risorse [186].

6.2 In terapia intensiva, la scelta tra modello consultivo ed integrato dipende dalle risorse disponibili e dall'organizzazione locale.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Esistono due principali approcci organizzativi per l'integrazione delle cure palliative in terapia intensiva (TI), ben descritti nella letteratura internazionale: il modello consultivo ("Consultative Model") e quello integrato ("Integrative Model"). Questi modelli rispondono a differenti esigenze operative e risorse disponibili e possono essere implementati separatamente o in modo complementare, configurando un modello "ibrido".

Nel modello consultivo, l'attivazione delle cure palliative avviene su richiesta del team di TI quando un paziente o la sua famiglia presenta bisogni complessi non gestibili dal solo team intensivistico. Il team di cure palliative opera come consulente, senza assumere la gestione diretta del paziente, ma fornendo raccomandazioni cliniche e supporto comunicativo. La caratteristica principale di questo modello è l'attivazione reattiva: avviene tipicamente in risposta a situazioni complesse (cliniche, prognostiche o comunicative), come sintomi refrattari, conflitti decisionali (nell'équipe curante o tra questa ed i familiari), dubbi etici o decisioni sul fine vita (p.es. sospensione di trattamenti vitali o la sedazione palliativa). I limiti di questo modello sono: intervento tardivo (spesso la consulenza viene richiesto quando il paziente è in fase avanzata di malattia o la situazione è già critica, limitando l'impatto sulla qualità di vita e sulle decisioni precoci); variabilità nella segnalazione (dipende dalla sensibilità e dalla cultura del team di TI, creando disomogeneità di accesso); rischio di frammentazione delle cure (se la comunicazione tra team di TI e di cure palliative non è strutturata). Uno studio multicentrico di Mosenthal et al. [187] ha mostrato che l'inserimento di un team consultivo di cure palliative in TI riduce i tempi di decisione per la sospensione di trattamenti sproporzionati ed aumenta la soddisfazione dei familiari. Una revisione sistematica della letteratura [188] ha evidenziato che le consulenze di cure palliative migliorano la comunicazione e riducono la durata della degenza quando attivati precocemente, ma l'impatto sulla mortalità rimane neutro [189], [190].

Nel modello integrato, i principi e le pratiche palliative sono incorporati nel lavoro quotidiano dell'équipe di TI. Tutti i componenti dell'équipe di TI (medici ed infermieri) acquisiscono competenze palliative di base, mentre il team di cure palliative interviene come risorsa specialistica per casi ad altissima complessità. La caratteristica principale di questo modello è l'approccio proattivo: la valutazione e la discussione dei bisogni palliativi avvengono quotidianamente,

indipendentemente dalla prognosi sfavorevole, sulla base di trigger predefiniti (p. es. fallimento di più linee terapeutiche, insufficienza multiorgano, ≥7 giorni di degenza in TI, dolore o sintomi refrattari, ripetute riammissioni) [191], anche nei colloqui giornalieri con i familiari [192]. I limiti di questo modello sono la necessità di: una formazione avanzata per tutto il personale di TI; un cambiamento culturale, spesso ostacolato dalla percezione che cure palliative siano sinonimo di "fine vita"; costi iniziali per la formazione e l'organizzazione. Uno studio ha dimostrato che l'integrazione precoce delle cure palliative è associata ad una riduzione delle giornate di ventilazione meccanica e delle riammissioni in TI [193]. Un RCT ha evidenziato che un approccio integrato riduce la durata della ventilazione meccanica, della degenza e dei costi, nonché la sofferenza dei pazienti ed aumenta la soddisfazione delle famiglie senza influire negativamente sulla sopravvivenza [194].

Molti centri adottano un modello "ibrido", combinando la formazione di base degli intensivisti con la disponibilità di specialisti palliativisti per i casi ad alta complessità [195]. Nelle recenti linee guida dell'European Society for Intensive Care Medicine (ESICM), gli esperti suggeriscono che l'attivazione precoce delle cure palliative, inclusa la consulenza con specialisti in cure palliative per i pazienti ad alto rischio di morbidità e mortalità ricoverati in TI, possa essere utile per migliorare la qualità della vita e favorire l'allineamento delle cure con gli obiettivi del paziente [196].

6.3 In chirurgia, il modello organizzativo consigliato è di tipo consultivo.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 92,30% (IQR 4-5)

Si suggerisce che un team di cure palliative con competenze avanzate cliniche e comunicative risponda alle richieste di consulenza provenienti dai reparti di chirurgia in caso di paziente oncologico con prognosi sfavorevole. Nei casi complessi, il team co-gestisce il paziente insieme al team curante (shared care), facilitando i colloqui con familiari e caregiver, definendo il piano terapeutico (goals of care) e supportando la dimissione protetta verso domicilio o hospice. La disponibilità del team dovrebbe essere giornaliera, per evitare discontinuità assistenziale e ritardi nelle decisioni. Alcuni recenti RCT hanno valutato la fattibilità dell'integrazione precoce del team di cure palliative nel percorso del paziente oncologico complesso con indicazione chirurgica [197], [198]. Anche un recente studio ha dimostrato la fattibilità e l'importanza di modificare i percorsi clinici, inserendo medici palliativisti nel flusso di lavoro chirurgico per i pazienti oncologici chirurgici con bisogni assistenziali avanzati [199], [200].

In chirurgia oncologica, la consulenza del team di cure palliative consente di valutare precocemente la limitazione o sospensione di trattamenti non proporzionati (compresi reinterventi e nutrizione artificiale), la gestione del dolore post-operatorio complesso, l'eventuale riallineamento degli obiettivi quando i rischi superano i benefici attesi e la comunicazione prognostica con familiari e caregiver.

6.4 Ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un organo di coordinamento per la gestione della transizione da cure attive a cure palliative.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Sul piano organizzativo, sarebbe opportuno istituire un organo di coordinamento (p.es. presso la Direzione Sanitaria) che supervisioni l'implementazione del modello, risolva i "colli di bottiglia" organizzativi, promuova la formazione congiunta e valuti periodicamente gli esiti. La condivisione di strumenti decisionali, l'accesso ai servizi di supporto (psico-oncologia, assistenza sociale, assistenza spirituale), la digitalizzazione della comunicazione tra servizi ospedalieri (cartella clinica condivisa) e, laddove disponibile, la possibilità di coinvolgere i Servizi di etica clinica nei casi conflittuali costituiscono elementi di grande utilità.

Infine, l'integrazione deve estendersi al territorio, prevedendo canali prioritari per l'attivazione tempestiva dell'assistenza domiciliare di cure palliative e dello Hospice ed assicurando passaggi di consegne strutturati [200]. Tale modello, oltre a rispettare i principi di appropriatezza e proporzionalità, riduce la variabilità delle pratiche, promuove l'equità di accesso e rende misurabili i risultati della presa in carico.

6.5 Gli indicatori per una transizione da cure intensive a cure palliative sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva ed individuale della persona malata.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Nel caso in cui la malattia oncologica non abbia ulteriori possibilità di trattamento, risulterebbe sproporzionato continuare a sottoporre il paziente a cure intensive, mentre una transizione a cure palliative rappresenta una scelta appropriata [48], [52], [156], [157]. L'approccio deve tuttavia essere basato su una valutazione complessiva e personalizzata prendendo in considerazione tutti i fattori legati al paziente, al tumore, all'età ed alla presenza, entità e tipo di comorbidità, che possono aiutare il team a predire ragionevolmente l'assenza di beneficio di ulteriori trattamenti intensivi o chirurgici [157].

Tra gli indicatori proposti per valutare i pazienti, un punteggio dell'ECOG Performance Status (PS) Scale di 3, o di 2 se associato a rapida progressione tumorale, si è rivelato particolarmente affidabile nel predire un outcome sfavorevole e rappresenta pertanto uno indicatore molto utile per orientare le strategie decisionali sui percorsi di cura del paziente oncologico [49], [50], [51]. La revisione della letteratura ha individuato anche altri fattori prognostici correlati con la mortalità (numero di insufficienze d'organo, necessità di ventilazione meccanica, necessità di vasopressori) [150], [151], [156], [201] che rappresentano utili indicatori clinici per discutere la sospensione dei trattamenti stessi [21].

Pur offrendo un vantaggio certo in termini di oggettività e facilità di misurazione, sia le scale utilizzate per valutare le comorbilità, come la Cumulative Illness Rating Scale-Geriatric (CIRS-G) e il Charlson Comorbidity Index (CCI), sia gli indicatori prognostici quali APACHE II, SAPS, SOFA, NEWS e MEWS, non possono sostituire una valutazione complessiva del paziente oncologico [150], [151], [156]. Questi strumenti, infatti, tendono a tralasciare elementi non quantificabili, ma di grande importanza nel processo decisionale. È comunque auspicabile che vengano impiegati nella valutazione come strumenti di supporto — seppur non esclusivi — alle scelte del team [21].

Si suggerisce che gli indicatori siano definiti e ripetuti a cadenza regolare per identificare tempestivamente il momento appropriato di transizione dalle cure prevalentemente orientate alla malattia a quelle focalizzate sugli obiettivi e sui bisogni palliativi.

6.6 Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve essere coerente con la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve includere, sia in TI sia nel reparto chirurgico, la valutazione dei valori e delle preferenze della persona malata. Il percorso ideale comprende: identificazione precoce del bisogno di cure palliative; valutazione multidimensionale; colloqui strutturati di definizione degli obiettivi di cura (goals of care); pianificazione condivisa delle cure (PCC) (advance care planning); rivalutazione periodica; transizione coordinata verso il territorio.

La conversazione su valori ed obiettivi dovrebbe seguire un impianto metodologico definito (p. es. Serious Illness Conversation Guide) [202], favorendo l'emersione di ciò che è importante per la persona malata (p. es. cosa spera e teme, soglie di accettabilità degli esiti) e traducendo tali elementi in decisioni cliniche (obiettivi di comfort, limitazioni di trattamenti). La PCC non si esaurisce nella compilazione di un modulo, ma in un processo dinamico che documenta preferenze, nomina del fiduciario e limiti/obiettivi di trattamento [203].

Le evidenze mostrano che conversazioni tempestive e strutturate sugli obiettivi di cura aumentano la coerenza tra trattamenti erogati e preferenze, riducono interventi non desiderati e migliorano gli esiti riportati da pazienti e caregiver [204]. La PCC è associata ad una migliore qualità del fine vita, a minore ansia e depressione nei familiari ed a una maggiore soddisfazione per la comunicazione. La presenza del team di cure palliative nei passaggi decisionali critici rende il percorso più chiaro [205].

La documentazione di questo percorso deve essere reperibile nella cartella clinica con evidenza delle preferenze del paziente e delle decisioni condivise. La costruzione di questo percorso è essenziale per garantire un'assistenza etica, efficace e centrata sulla persona.

6.7 Si suggerisce di implementare programmi strutturati di formazione e l'adozione di strumenti decisionali condivisi tra le équipe di terapia intensiva, chirurgia e cure palliative.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 92,30% (IQR 4-5)

La formazione deve riguardare competenze comunicative (comunicazione di prognosi, gestione delle emozioni, conduzione di colloqui con i familiari), competenze cliniche palliative (valutazione e trattamento dei sintomi, sedazione palliativa), aspetti etico-legali (proporzionalità, consenso informato, pianificazione condivisa delle cure) e competenze organizzative (leadership, sicurezza, qualità) [206], [207].

Programmi di formazione dei professionisti sanitari sulla comunicazione riducono conflitti, ansia e depressione dei caregiver, favoriscono decisioni tempestive e concordate. L'utilizzo di strumenti decisionali condivisi per l'attivazione della consulenza di cure palliative, basate su "trigger" oggettivi, riduce la variabilità dell'approccio alla transizione da cure attive a palliative [208]. Il piano formativo deve essere continuo (formazione in ingresso ed aggiornamento periodico), multimodale (lezioni interattive, simulazione, audit & feedback) e monitorato con indicatori (partecipazione, competenze dimostrate, impatto sugli esiti: tempo alla consulenza, documentazione degli obiettivi di cura, riduzione dei trattamenti non proporzionati). È indicato includere sessioni congiunte intensivisti-oncologi-palliativisti su casi reali, debriefing strutturati dopo eventi critici e per la revisione di casi complessi. Anche le linee guida ESICM suggeriscono che probabilmente dovrebbero essere implementati programmi di formazione strutturati per il personale sanitario delle TI, al fine di potenziare le competenze nella comunicazione di fine vita [196].

Le istituzioni dovrebbero supportare la formazione con risorse dedicate, riconoscimento del tempo di apprendimento, integrazione nei piani di qualità e sicurezza e valorizzazione delle competenze acquisite.

7 IN CASO DI UN PAZIENTE ONCOLOGICO CON SINTOMI REFRATTARI CHE NECESSITI DI SEDAZIONE PALLIATIVA, QUALE SOLUZIONE ORGANIZZATIVA?

Nelle linee guida (LG) intersocietarie italiane sulla sedazione palliativa (SP) nell'adulto pubblicate nel 2023 [107] nel sito dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), la SP per sintomi refrattari è definita come "procedura terapeutica mirata alla riduzione o abolizione intenzionale della vigilanza/coscienza con mezzi farmacologici, allo scopo di ridurre o abolire, secondo la necessità, la percezione di una sofferenza intollerabile dichiarata dal malato o valutata dai curanti e provocata da uno o più sintomi refrattari in fase avanzata o terminale di malattia".
Nelle succitate LG [107] si legge che "Un sintomo è definito refrattario quando non può essere controllato, in modo adeguato e/o in un periodo accettabile e/o con un rapporto oneri-rischi/benefici accettabile per il malato, dagli usuali e appropriati trattamenti o azioni di supporto capaci di assicurare un sollievo dalla sofferenza senza compromettere lo stato di vigilanza/coscienza."
Nelle LG [107] è anche scritto che "Il sintomo diventa quindi refrattario quando il malato o il suo rappresentante legale rifiutano trattamenti o azioni di supporto proposti o quando questi si rivelano inefficaci nel controllo della sofferenza. I trattamenti possono essere sia farmacologici che non farmacologici; le azioni di supporto possono essere di tipo psicologico, sociale, spirituale."
I sintomi refrattari e le condizioni cliniche per i quali viene posta indicazione alla SP con maggior frequenza sono: dispnea, delirium, distress psico-esistenziale, emorragia massiva, vomito, dolore e stato di male epilettico [209], [210], [211].
Pertanto, oltre che con riferimento alla Legge 219/2017 (Art. 2, comma 1, 2 e 3) [59], in linea con le suddette LG [107], la sedazione palliativa è indicata in presenza di sofferenza intollerabile dovuta a sintomi refrattari che insorgono in un paziente oncologico in stadio avanzato e nella fase di morte imminente. (imminent death) in cui la morte del malato è prevista in un lasso di tempo di ore o giorni (last hours-last days) che in letteratura viene solitamente riferito agli ultimi 15 giorni di prognosi stimata [212], [213]."

7.1 L'indicazione alla sedazione palliativa dovrebbe essere il risultato di una valutazione che coinvolga più di un curante dell'équipe.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Il giudizio di refrattarietà del sintomo è centrale nel processo decisionale che porta all'indicazione alla SP e pertanto si dovrebbe garantire una valutazione attenta da parte di più di un medico dell'équipe curante e meglio, se possibile, da parte di un'équipe multidisciplinare e multiprofessionale (medico, infermiere e psicologo) [213].
La decisione di iniziare la SP dovrebbe essere condivisa dalla maggior parte possibile, meglio se all'unanimità, dei sanitari coinvolti nel processo di cura e di tutte le professionalità che compongono l'équipe sanitaria, in modo da minimizzare il rischio di dubbi, incomprensioni, sensi di colpa, attriti o conflitti di opinione [214].
Nelle LG [107] è scritto che "Le decisioni che portano all'avvio ed al mantenimento della SP devono sempre tenere presenti criteri di accettazione, di fattibilità e del sistema valoriale, attribuito a tale approccio terapeutico, della persona prossima alla morte, dei familiari e dell'équipe curante."
Quando possibile, il processo decisionale che porta ad iniziare la SP dovrebbe essere graduale e svolgersi in più fasi: valutazione dell'indicazione, che tenga conto delle componenti psicologiche, sociali e spirituali della sofferenza; condivisione all'interno dell'équipe sanitaria; coinvolgimento della persona malata e dei suoi familiari [215], [216], [217].
La gradualità del processo decisionale non è pertinente in caso di sedazione d'emergenza che "va attuata negli 'eventi catastrofici' acuti, refrattari a trattamenti e causa di morte imminente, quali emorragie massive (soprattutto se a carico delle vie digestive e respiratorie) e distress respiratorio ingravescente, stato di shock irreversibile" [107], [218], [219].

7.2 Se nell'équipe curante non si possiedono le necessarie competenze e/o vi sono dubbi clinici o dilemmi etici sulla indicazione o gestione della sedazione palliativa, si dovrebbe richiedere tempestivamente la consulenza di cure palliative.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Tutte le LG internazionali [209], [213], [217], [218], [219], [220], [221], [222], [223], [224], [225], [226], [227], [228] suggeriscono che i professionisti sanitari coinvolti nell'attuazione della SP dovrebbero avere un'adeguata conoscenza ed esperienza su indicazioni, farmaci da somministrare e monitoraggio di questa procedura terapeutica. Inoltre, essi dovrebbero aver un'adeguata conoscenza degli aspetti giuridici, deontologici ed etici della SP per poter partecipare al processo decisionale con la consapevolezza della sua liceità.

Nelle LG nazionali è scritto che "La valutazione della refrattarietà richiede competenze palliative che, ove non disponibili, possono essere acquisite richiedendo una consulenza specialistica palliativa" [107]. Pertanto, laddove l'équipe curante non abbia adeguate competenze per gestire la SP, in linea con la normativa vigente [229], dovrebbe essere chiesta prontamente la collaborazione di figure professionali con formazione ed esperienza in cure palliative [212], [217].

La letteratura indica che all'interno degli ospedali, il modello principale di prestazione delle cure palliative è rappresentato da un team ospedaliero di consulenza multiprofessionale, che dovrebbe essere composto da medici, infermieri e psicologi formati ed esperti in cure palliative. L'obiettivo principale del team è quello di integrarsi con i Curanti al fine di un ottimale controllo dei sintomi difficili/refrattari [230], [231], [232].

Quando, la decisione di iniziare o meno la SP risultasse complessa o sollevasse dilemmi etici, l'équipe curante dovrebbe valutare di consultare, ove possibile, il Comitato per l'etica nella clinica. I comitati per l'etica nella clinica sono organismi indipendenti e multidisciplinari di livello aziendale garanti dei diritti, della dignità e della centralità dei soggetti utenti delle strutture sanitarie e strumenti di diffusione della cultura bioetica [177].

7.3 La ricerca del consenso alla sedazione palliativa deve basarsi su una comunicazione empatica, adattata alle capacità di comprensione e ai desideri di informazione del paziente.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

L'acquisizione del consenso alla SP deve rispettare i criteri giuridici, deontologici ed etici definiti a livello nazionale e diversi in relazione alla capacità di agire (mentale) della persona malata.[59], [62], [233], [234].

Il medico deve adattare il contenuto della discussione affinché il paziente comprenda la natura della procedura e le sue conseguenze, rispettando la sua volontà di essere o meno informato nel dettaglio [217].

Il processo deve avvenire attraverso una comunicazione comprensibile ed empatica, volta a favorire una scelta condivisa e consapevole della SP come risposta alla sofferenza intollerabile.

Per l'acquisizione del consenso non è necessario adottare un modulo specifico, né è necessaria la firma da parte della persona. Il consenso alla SP espresso verbalmente dalla persona è sufficiente e deve essere annotato nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.

7.4 Si dovrebbe chiedere alla persona, ove possibile, di comunicare ai suoi familiari la scelta di intraprendere il percorso della sedazione palliativa concordata con i curanti e/o di consentire al medico/équipe sanitaria di informarli.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Le informazioni fornite ai familiari sulle scelte relative alla SP dovrebbero facilitare la loro accettazione della SP e limitare il rischio di causare emozioni negative e/o un lutto complicato o patologico.

La realizzazione di un adeguato percorso comunicativo con il malato e la sua famiglia può richiedere il coinvolgimento di altre professionalità (palliativisti, psicologi, assistenti spirituali).

Ai familiari deve, quando possibile, essere data la possibilità di restare accanto alla persona malata durante la SP e, se accettata, data la possibilità di un supporto psicologico, sociale e spirituale [217].

Poiché l'arco di tempo tra l'inizio della SP e la morte della persona malata potrebbe essere di ore o giorni, l'équipe sanitaria dovrebbe essere preparata, ed i familiari resi consapevoli, all'indeterminatezza del momento della morte [235], [236].

Dopo il decesso del paziente, ai familiari dovrebbe essere proposta la possibilità di incontrare i professionisti sanitari e di ricevere un supporto psicologico per l'elaborazione del lutto [217].

7.5 Il processo decisionale, il contenuto della comunicazione tra il medico/l'équipe sanitaria e la persona malata e l'acquisizione del consenso devono essere devono essere documentati in modo da dare evidenza dell'iter clinico e relazionale.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Oltre a quanto stabilito dai riferimenti normativi (Art. 2, comma 3, Legge 219/2017) circa l'obbligo di annotazione, è fondamentale che la documentazione clinica rifletta l'accuratezza del percorso attuato. Pertanto, l'indicazione alla SP, la condivisione del processo decisionale all'interno dell'équipe curante e il dettaglio del percorso comunicativo con il paziente ed i suoi familiari devono essere riportati. È inoltre raccomandato riportare gli scopi clinici prefissati, nonché le modalità di induzione e mantenimento della SP, al fine di garantire la tracciabilità e la massima tutela della persona [107], [217].

7.6 Se la persona non è capace di agire (non è mentalmente capace), l'équipe sanitaria promuove la ricerca e il rispetto delle Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o della Pianificazione Condivisa delle Cure o interpella il rappresentante legale; in loro assenza, il processo decisionale si fonda sul giudizio sostitutivo e sul criterio del miglior interesse della persona.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

La capacità d'agire è l'attitudine del soggetto a compiere atti finalizzati ad esercitare i propri diritti e ad assumere obblighi. In particolare, nella relazione medico-paziente, è la capacità della persona malata di: comprendere le informazioni rilevanti per l'assunzione di decisioni; valutare ed essere consapevole delle conseguenze delle scelte di trattamento o di non trattamento; comunicare in modo comprensibile le proprie volontà e scelte.

La modalità di decisione surrogata basata sul giudizio sostitutivo (substituted judgement standard) richiede che chi prende la decisione sia un soggetto che abbia una profonda familiarità con la persona malata. Questo soggetto deve decidere come avrebbe deciso la persona malata incompetente se fosse stata competente.

Quando non è possibile determinare quali fossero state le preferenze espresse dalla persona malata al tempo in cui era autonoma, e nemmeno come lei avrebbe potuto scegliere nella situazione presente se fosse stata competente, allora può essere impiegato il criterio del miglior interesse (best interest). In questo modo, viene chiesto ai decisori surrogati di proteggere l'interesse relativo allo stato di salute della persona malata non autonoma.

7.7 La sedazione palliativa dovrebbe essere attuata in ogni ospedale ed in tutti i setting di cura; se ciò non fosse possibile in alcuni setting, si dovrebbero predisporre procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per il trasferimento della persona in un setting ospedaliero appropriato alla gestione della sedazione palliativa.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Dal momento che l'indicazione alla SP può emergere in setting di cura ospedalieri con caratteristiche assistenziali diverse (DEA/PS, TI, reparti di degenza ordinaria) ed in persone con caratteristiche cliniche diverse (per livello di capacità di agire o già in sedo-analgesia), è necessario che ogni struttura ospedaliera sia dotata di procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'attuazione della SP che esplicitino le soluzioni organizzative ("chi, che cosa, quando, dove, perché") [223], [237].

Nelle LG nazionali ed internazionali è suggerita l'adozione di procedure operative specifiche per garantire l'implementazione omogenea della SP ed il supporto al processo decisionale tenendo conto delle risorse disponibili e dell'organizzazione locale [107], [217], [238], [239].

Ogni struttura dovrebbe quindi garantire una formazione specifica del personale medico ed infermieristico per l'applicazione adeguata della procedura sulla SP.

La letteratura indica in un reparto ospedaliero di Cure Palliative (Acute Palliative Care Unit - APCU), con letti dedicati, un setting di cura ideale per l'attuazione e la gestione della SP nelle persone con sintomi refrattari dovuti a patologia oncologica in stadio avanzato [240], [241], [242].

7.8 Quando è indicata la sedazione palliativa, deve essere valutata una rimodulazione delle terapie e dei trattamenti di supporto vitale per la persona malata.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

L'attuazione della SP non dovrebbe essere effettuata senza una contemporanea rimodulazione terapeutica, cioè una valutazione dell'opportunità di sospendere (withdraw) le terapie ed i trattamenti di supporto vitale in corso non proporzionati (o sproporzionati) e di non iniziare (withhold) eventuali nuovi trattamenti non proporzionati. Esempi di rimodulazione terapeutica riguardano la sospensione/non indicazione a: idratazione e nutrizione artificiale, dialisi, amine vasoattive, ossigenoterapia, ventilazione artificiale, emoderivati, rianimazione cardio-polmonare. Il criterio di proporzionalità permette di definire un trattamento come sproporzionato – e quindi da non continuare/attuare – quanto più si riducono le sue probabilità di efficacia in termini di quantità o qualità di vita [63], [243], [244], [245].

I farmaci non finalizzati o non efficaci al controllo dei sintomi dovrebbero essere sospesi. Benché non vadano utilizzati a scopo sedativo, durante la SP la terapia con oppiacei prescritta per il controllo dei sintomi deve essere mantenuta, eventualmente con l'incremento del dosaggio e la rotazione alla somministrazione endovenosa o sottocutanea.

8 QUALI FORMAZIONE, AGGIORNAMENTO CONTINUO E MANTENIMENTO DELLE COMPETENZE SONO RICHIESTI PER I MEDICI CHE DEVONO AFFRONTARE QUESTE SITUAZIONI CLINICHE COMPLESSE?

8.1 La formazione, l'aggiornamento continuo ed il mantenimento delle competenze dei professionisti sanitari sono fondamentali per garantire un percorso efficace e sicuro di cura del paziente oncologico critico in ospedale.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Diversi dati attestano come la cura del paziente oncologico critico sia una pratica comune negli ospedali, ma anche che questa venga attuata con modalità molto variabili, configurando potenziali rischi di disparità e disuguaglianza tra i pazienti.

L'anestesista rianimatore deve essere in grado di gestire i pazienti con patologia oncologica in fase avanzata non solo in caso di indicazione ai trattamenti intensivi ma anche nei percorsi di fine vita, compresi gli aspetti pratici ed etici della sospensione dei trattamenti di supporto vitale, come pure l'uso di sedativi, analgesici e approcci non farmacologici per alleviare la sofferenza del processo di morte [247], [248], [249], [250] [251] [252].

La formazione dell'oncologo deve includere conoscenze di base in cure palliative, gestione del dolore, terapia sintomatica e comunicazione con i pazienti e le loro famiglie [253] [254] [255].

Inoltre, dovrebbe comprendere anche un approfondimento sulla malattia oncologica in fase avanzata, includente la prognosi e le opzioni di trattamento disponibili, la pianificazione condivisa delle cure, applicando un approccio orientato ai desideri del paziente (patient-oriented) [256] [257].

La necessità di una formazione adeguata su questi specifici temi si fa ancora più evidente nella formazione dei chirurghi [258], [259]. Ad oggi in Italia non esiste un percorso di formazione specifica in chirurgia oncologica, per cui risulta necessario investire sulla creazione di percorsi mirati, come con il percorso di fellowship in chirurgia oncologica proposto dalla SICO nel 2024. Una formazione specifica sull'oncologia chirurgica, sulla gestione pre- e post-operatoria del paziente oncologico, ma anche sugli approcci al paziente non chirurgico in stadio avanzato, è assolutamente necessaria. Inoltre, una formazione mirata su un'adeguata comunicazione medico-paziente diventa ancor più cruciale per gestire pazienti con malattia avanzata non passibili di alcun trattamento chirurgico.

I dati della letteratura suggeriscono che la formazione dei professionisti sanitari nella gestione dei pazienti oncologici critici dovrebbe essere incrementata sia in altri Paesi [260], [261], [262] sia in Italia [263], [264] [265] [266] [267].

Tutti i medici che hanno in cura pazienti oncologici in fase avanzata devono acquisire competenze per saper confrontarsi e condividere le decisioni nell'ambito multi-interdisciplinare e con il team che ha in cura la persona malata [268].

8.2 È auspicabile che le società scientifiche organizzino corsi di formazione ed aggiornamento per consentire ai professionisti sanitari di acquisire o mantenere competenze necessarie per gestire le situazioni cliniche complesse.
Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

É compito delle società scientifiche investire su una formazione rivolta ai medici che si occupano di pazienti oncologici, che comprenda non solo competenze tecniche (technical skills o hard skills), ma anche competenze relazionali (non-technical skills o soft skills), come indicato in diverse linee guida internazionali [269], [270], [271] [272].

Diversi documenti di società scientifiche raccomandano come necessaria una formazione dedicata all'acquisizione di competenze in questo ambito [244], [245]. Anche le raccomandazioni SIAARTI indicano che la formazione relativa alla gestione del paziente oncologico critico dovrebbe comprendere anche competenze relazionali oltre alle competenze tecniche [63].

È stato pubblicato nel 2020 un documento AIOM-COMU-CIPOMO nel quale vengono delineate in modo preciso le competenze dell'oncologo ed il percorso di formazione necessario all'acquisizione delle stesse[263]. Il Gruppo di lavoro ha infatti evidenziato diverse carenze negli attuali piani formativi dall'università, al corso di specializzazione, ai successivi piani di formazione.

Le società scientifiche dovrebbero organizzare corsi di formazione ed aggiornamento con lo scopo di formare i professionisti sanitari su:

- il percorso diagnostico e terapeutico nelle situazioni cliniche complesse;
- il saper riconoscere e trattare i sintomi e le complicanze durante tutte le fasi della malattia fino a quella del fine vita;
- la comunicazione con la persona malata e la sua famiglia nonché gli aspetti psicologici correlati;
- l'importanza delle terapie di supporto, sia come "simultaneous care" per i pazienti in trattamento antitumorale attivo, sia come cure palliative per i pazienti non più candidati a trattamento attivo;
- la pianificazione e la gestione della transizione dalle cure attive alle cure palliative;
- la capacità di affrontare le questioni etiche di fine vita;
- la capacità di lavorare all'interno di un contesto multidisciplinare e di percorsi di cura integrati.

In linea con quanto previsto dal quadro normativo [59], dovrebbe essere compito delle società scientifiche e degli ordini professionali educare i medici ad una comunicazione efficace che tenga conto delle differenze sociali e culturali di ogni paziente e che interpreti le necessità di cura del singolo.

In mancanza di indicazioni chiare all'interno delle linee guida nazionali, SIAARTI, AIOM, SICO e FAVO/AIMAC propongono che tutti questi ambiti siano costantemente aggiornati ed affinati con corsi di formazione specifici e debriefing interdisciplinari.

Sono necessarie ulteriori ricerche per fornire modelli da implementare per affrontare, migliorare ed omogeneizzare la gestione di questi pazienti [273], [274].

8.3 È auspicabile che i responsabili della formazione nelle strutture sanitare predispongano corsi di formazione ed aggiornamento aziendali specifici per la singola struttura ospedaliera.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Gli obiettivi di questi corsi dovrebbero fornire momenti formativi su:

- conoscenza degli elementi di base del governo clinico (percorsi integrati di cura, gestione del rischio clinico, principi di farmacoeconomia);
- miglioramento delle competenze relazionali, quali capacità di gioco di squadra, ottimizzazione del tempo, abilità comunicative, etica lavorativa e problem-solving.

In linea con quanto sancisce la Legge 219/2017 (Art. 1, comma 9 e 10) [59], si rende necessaria la definizione di piani di formazione atti ad acquisire competenze specifiche nella gestione del paziente oncologico, sia nella fase critica sia in quella palliativa, che coinvolgano i medici che generalmente intervengono in queste circostanze quali oncologi, chirurghi, anestesisti, palliativisti e medici dell'emergenza/urgenza. In ogni ospedale dovrebbero essere previsti processi formativi che mirino alla creazione di percorsi formativi comuni per i professionisti sanitari che si occupano del percorso di cura del paziente oncologico critico, dal DEA/PS alla dimissione o al fine vita. Una formazione ed un linguaggio comuni favoriscono l'individuazione di soluzioni organizzative concordate e disegnate per la singola struttura ospedaliera [175], [275], [276], [277], [278], [279].

8.4 I responsabili ed i coordinatori sanitari dovrebbero organizzare ed implementare collaborazioni interdisciplinari nei percorsi di risposta alle situazioni cliniche complesse.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

Le collaborazioni interdisciplinari sono fondamentali per garantire una cura completa ed integrata dei pazienti, specialmente in situazioni cliniche complesse che richiedono l'intervento di più specialisti e professionisti sanitari.

La letteratura dimostra che acquisire la capacità di dialogare e lavorare nell'ambito di un setting multidisciplinare e di percorsi di cura integrati determina un miglioramento della qualità delle cure [269], [270], [271], [280].

8.5. Tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione del percorso dei pazienti oncologici dovrebbero partecipare periodicamente ad eventi formativi specifici che offrano uno sviluppo o l'aggiornamento delle competenze ed esperienze pratiche avanzate.

Esito: Mediana 5 - Agreement: 100% (IQR 4-5)

L'evoluzione delle conoscenze e dei trattamenti in oncologia ha determinato un aumento della sopravvivenza in pazienti affetti da diverse neoplasie, ma richiede un nuovo percorso formativo per preparare i professionisti sanitari a lavorare in situazioni cliniche complesse.

Sono stati individuati degli indicatori per valutare la qualità delle cure palliative fornite a pazienti oncologici e ognuno di questi domini può essere proposto come specifica area di training del personale dedicato a questa pratica [281].

La letteratura dimostra che imparare il lavoro di squadra (teamwork building), anche attraverso discussione di casi clinici o simulazioni di azioni condivise, migliora il coordinamento dei percorsi di cura [282] [283].

APPLICABILITÀ

Le Raccomandazioni contenute nel documento sono concepite per essere applicabili nei contesti operativi del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), con la consapevolezza che l'organizzazione dei servizi e la disponibilità di risorse possono variare tra strutture e livelli di cura. In questo senso, l'applicabilità è intesa come capacità delle raccomandazioni di orientare percorsi e processi clinico-assistenziali adattabili al contesto locale, mantenendo invariati i principi di appropriatezza, proporzionalità e integrazione multidisciplinare. L'obiettivo operativo è favorire l'adozione di soluzioni organizzative praticabili, coerenti con i flussi assistenziali reali e con i bisogni dei pazienti, riducendo la variabilità non giustificata e facilitando decisioni condivise nei momenti critici del percorso.

AGGIORNAMENTO

I contenuti di questo documento saranno sottoposti a revisione entro un arco temporale massimo di tre anni dalla data di pubblicazione, al fine di garantirne la costante attualità e coerenza con l'evoluzione delle evidenze scientifiche. Tuttavia, qualora emergano nuove conoscenze rilevanti, significativi cambiamenti normativi o innovazioni nella pratica clinica, l'aggiornamento potrà essere effettuato anche in via anticipata. Il processo di revisione sarà affidato a un gruppo di lavoro opportunamente selezionato, che potrà includere sia membri del panel originario sia nuovi esperti individuati sulla base delle competenze maturate nel settore, con l'obiettivo di preservare un elevato livello di validità metodologica e una concreta applicabilità nel SSN.

INDIPENDENZA EDITORIALE E GESTIONE DEI CONFLITTI D'INTERESSE

Il processo di elaborazione delle Raccomandazioni si è svolto in piena autonomia e indipendenza editoriale. Non è stato ricevuto alcun finanziamento, diretto o indiretto, da aziende farmaceutiche o da altri soggetti portatori di interesse commerciale; i membri del gruppo di sviluppo hanno partecipato ai lavori su base volontaria, alla luce della propria competenza scientifica, clinica e metodologica.

La gestione dei conflitti di interesse è stata prevista come parte integrante del processo metodologico. A tal fine, a tutti i componenti del gruppo di sviluppo è stata richiesta la compilazione di una dichiarazione formale di eventuali conflitti di interesse, finanziari e non finanziari, attuali o potenziali, sia all'inizio sia al termine dei lavori, mediante modulistica cartacea.

Nel corso dello sviluppo delle Raccomandazioni, in occasione delle riunioni online e all'inizio delle principali fasi metodologiche (discussione degli ambiti tematici, formulazione degli statement, votazioni e stesura del documento), il metodologo ha inoltre richiesto ai membri del gruppo di segnalare tempestivamente eventuali modifiche intervenute rispetto alle dichiarazioni precedentemente rese o l'insorgenza di nuovi potenziali conflitti di interesse.

Tutte le dichiarazioni sono state raccolte e valutate dal metodologo responsabile del processo. Nel corso dei lavori, nessun membro del gruppo di sviluppo ha dichiarato conflitti di interesse rilevanti in relazione ai contenuti delle Raccomandazioni.

In via preventiva, era comunque previsto che eventuali conflitti di interesse dichiarati fossero oggetto di valutazione da parte del metodologo e, qualora ritenuti rilevanti, gestiti mediante misure appropriate e di mitigazione dell'impatto, quali limitazioni alla partecipazione alle discussioni, esclusione dalle fasi decisionali o dalle votazioni su specifici quesiti.

Il documento finale riflette esclusivamente l'opinione del panel degli esperti ed è basato sulla revisione della letteratura disponibile e su un processo di consenso strutturato, condotto nel rispetto dei principi di trasparenza, indipendenza e integrità scientifica.

BIBLIOGRAFIA

1. D. R. Rivera, L. Gallicchio, J. Brown, B. Liu, D. N. Kyriacou, and N. Shelburne, "Trends in Adult Cancer–Related Emergency Department Utilization," JAMA Oncol, vol. 3, no. 10, p. e172450, Oct. 2017, doi: 10.1001/jamaoncol.2017.2450.
2. R. L. Whitney et al., "Unplanned Hospitalization Among Individuals With Cancer in the Year After Diagnosis," J Oncol Pract, vol. 15, no. 1, pp. e20–e29, Jan. 2019, doi: 10.1200/JOP.18.00254.
3. L. Barbera, C. Taylor, and D. Dudgeon, "Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?," CMAJ. Canadian Medical Association Journal, vol. 182, no. 6, pp. 563–568, Apr. 2010, doi: 10.1503/cmaj.091187.
4. D. K. Mayer, D. Travers, A. Wyss, A. Leak, and A. Waller, "Why Do Patients With Cancer Visit Emergency Departments? Results of a 2008 Population Study in North Carolina," Journal of Clinical Oncology, vol. 29, no. 19, pp. 2683–2688, Jul. 2011, doi: 10.1200/JCO.2010.34.2816.
5. G. Numico et al., "Hospital Admission of Cancer Patients: Avoidable Practice or Necessary Care?," PLoS One, vol. 10, no. 3, p. e0120827, Mar. 2015, doi: 10.1371/journal.pone.0120827.
6. R. S. Lash, A. S. Hong, J. F. Bell, S. C. Reed, and N. Pettit, "Recognizing the emergency department's role in oncologic care: a review of the literature on unplanned acute care," Emergency Cancer Care, vol. 1, no. 1, p. 6, Dec. 2022, doi: 10.1186/s44201-022-00007-4.
7. A. A. et al. G. Numico, "L'accesso in urgenza e il ricovero del malato oncologico: mappatura delle dinamiche di ricovero e di utilizzo delle strutture di urgenza in Italia.," 17° Rapporto sulla condizione assistenziale dei malati oncologici., 2025, Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://osservatorio.favo.it/diciassettesimo-rapporto/parte-seconda/accesso-urgenza-ricovero-malato-oncologico/
8. A. Leak, D. K. Mayer, A. Wyss, D. Travers, and A. Waller, "Why Do Cancer Patients Die in the Emergency Department?," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol. 30, no. 2, pp. 178–182, Mar. 2013, doi: 10.1177/1049909112445306.
9. Time for Better Care at the End of Life. OECD Publishing, 2023. doi: 10.1787/722b927a-en.
10. A. Young et al., "Responding to Acute Care Needs of Patients With Cancer: Recent Trends Across Continents," Oncologist, vol. 21, no. 3, pp. 301–307, Mar. 2016, doi: 10.1634/theoncologist.2014-0341.
11. J. C. van Hoeve, R. W. M. Vernooij, M. Fiander, P. Nieboer, S. Siesling, and T. Rotter, "Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional and health systems outcomes: a systematic review and meta-analysis," Syst Rev, vol. 9, no. 1, p. 246, Dec. 2020, doi: 10.1186/s13643-020-01498-0.
12. T. Rotter et al., "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs," Cochrane Database of Systematic Reviews, Mar. 2010, doi: 10.1002/14651858.CD006632.pub2.
13. V. P. Garofalo A, "Percorsi ospedalieri del paziente oncologico critico.," 2023. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://osservatorio.favo.it/quindicesimo-rapporto/parte-prima/percorsi-ospedalieri-paziente-oncologico-critico/
14. E. Kostakou, N. Rovina, M. Kyriakopoulou, N. G. Koulouris, and A. Koutsoukou, "Critically ill cancer patient in intensive care unit: Issues that arise," J Crit Care, vol. 29, no. 5, pp. 817–822, Oct. 2014, doi: 10.1016/j.jcrc.2014.04.007.
15. A. P. Meert et al., "Critically ill cancer patient's resuscitation: a Belgian/French societies' consensus conference," in Intensive Care Medicine, Springer Science and Business Media Deutschland GmbH, Oct. 2021, pp. 1063–1077. doi: 10.1007/s00134-021-06508-w.

16. M. Soares, J. I. F. Salluh, C. G. Ferreira, R. R. Luiz, N. Spector, and J. R. Rocco, "Impact of two different comorbidity measures on the 6-month mortality of critically ill cancer patients," Intensive Care Med, vol. 31, no. 3, pp. 408–415, Mar. 2005, doi: 10.1007/s00134-005-2554-z.

17. W. GJ, C. JT, T. HC, C. TL, L. SH, and C. RM, "Protection of Dexmedetomidine Against Ischemia/Reperfusion-Induced Apoptotic Insults to Neuronal Cells Occurs Via an Intrinsic Mitochondria-Dependent Pathway," J Cell Biochem, vol. 118, no. 9, pp. 2635–2644, Sep. 2017, doi: 10.1002/jcb.25847.

18. E. Azoulay, M. Soares, M. Darmon, D. Benoit, S. Pastores, and B. Afessa, "Intensive care of the cancer patient: Recent achievements and remaining challenges," 2011, Springer Verlag. doi: 10.1186/2110-5820-1-5.

19. E. Biskup, F. Cai, M. Vetter, and S. Marsch, "Oncological patients in the intensive care unit: Prognosis, decision-making, therapies and end-of-life care," Aug. 10, 2017, EMH Schweizerischer Arzteverlag AG. doi: 10.4414/smw.2017.14481.

20. M. G. Kiehl et al., "Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support," Ann Hematol, vol. 97, no. 7, pp. 1271–1282, Jul. 2018, doi: 10.1007/s00277-018-3312-y.

21. V. N. Patel and S. D. Stone, "Patients with advanced cancer requiring intensive care: Reasons for ICU admission, mortality outcomes, and the role of palliative care," Sep. 01, 2021, American Association of Critical-Care Nurses. doi: 10.4037/AACNACC2021954.

22. B. K et al., "Inhibition of the NLRP3/IL-1β axis protects against sepsis-induced cardiomyopathy," J Cachexia Sarcopenia Muscle, vol. 12, no. 6, pp. 1653–1668, Dec. 2021, doi: 10.1002/jcsm.12763.

23. E. Azoulay, M. Soares, M. Darmon, D. Benoit, S. Pastores, and B. Afessa, "Intensive care of the cancer patient: Recent achievements and remaining challenges," 2011, Springer Verlag. doi: 10.1186/2110-5820-1-5.

24. E. N. van der Zee et al., "Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission in two university hospitals in the Netherlands: the danger of delayed ICU admissions and off-hour triage decisions," Ann Intensive Care, vol. 11, no. 1, Dec. 2021, doi: 10.1186/s13613-021-00898-2.

25. "SIAARTI guidelines for admission to and discharge from Intensive Care Units and for limitation of treatment in intensive care," Minerva Anestesiologica 2003 March;69(3):101-18, vol. 3, no. 69, pp. 101–18, Mar. 2003.

26. P. Schellongowski et al., "Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine-a narrative review," ESMO Open, vol. 1, p. 18, 2016, doi: 10.1136/esmoopen-2015.

27. K. JB, H. HB, and S. S, "[Specialized neurological neurosurgical intensive care medicine]," Nervenarzt, vol. 87, no. 6, pp. 583–591, Jun. 2016, doi: 10.1007/s00115-016-0129-6.

28. S. AC, A. W, C. AT, G. CM, G. SZ, and R. G, "Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medically Ill Patients: A U.S. Perspective," Thromb Haemost, vol. 120, no. 6, pp. 924–936, Jun. 2020, doi: 10.1055/s-0040-1710326.

29. L. H et al., "IFN-γ signature in the plasma proteome distinguishes pediatric hemophagocytic lymphohistiocytosis from sepsis and SIRS," Blood Adv, vol. 5, no. 17, pp. 3457–3467, Sep. 2021, doi: 10.1182/bloodadvances.2021004287.

30. Z. Z et al., "Inhibition of GKN2 Attenuates Acute Gastric Lesions Through the NLRP3 Inflammasome," Adv Wound Care (New Rochelle), vol. 9, no. 5, pp. 219–232, May 2020, doi: 10.1089/wound.2019.0957.

31. D. Hui et al., "Differential Impact of a Multicomponent Goals-of-Care Program in Patients with Hematologic and Solid Malignancies," Cancers (Basel), vol. 15, no. 5, p. 1507, Feb. 2023, doi: 10.3390/cancers15051507.

32. M. S. Boddaert et al., "Association between Inappropriate End-of-Life Cancer Care and Specialist Palliative Care: A Retrospective Observational Study in Two Acute Care Hospitals," Cancers (Basel), vol. 16, no. 4, p. 721, Feb. 2024, doi: 10.3390/cancers16040721.

33. M. BA et al., "Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance," Lancet Respir Med, vol. 8, no. 7, pp. 717–725, Jul. 2020, doi: 10.1016/S2213-2600(20)30230-7.

34. J. Ismael et al., "Multidisciplinary approach to COVID-19 and cancer: Consensus from scientific societies in Argentina," Ecancermedicalscience, vol. 14, May 2020, doi: 10.3332/ECANCER.2020.1044.

35. M. Maltoni et al., "Prognostic factors in advanced cancer patients: Evidence-based clinical recommendations - A study by the steering committee of the european association for palliative care," Journal of Clinical Oncology, vol. 23, no. 25, pp. 6240–6248, 2005, doi: 10.1200/JCO.2005.06.866.

36. A. Shimabukuro-Vornhagen, B. Böll, M. Kochanek, É. Azoulay, and M. S. von Bergwelt-Baildon, "Critical care of patients with cancer," CA Cancer J Clin, vol. 66, no. 6, pp. 496–517, Nov. 2016, doi: 10.3322/caac.21351.

37. P. B. Massion et al., "Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality," 2002, doi: 10.1097/01.CCM.0000030456.11264.EF.

38. S. M, A. V, L. S, and B. TS, "Emerging Strategies Targeting Catabolic Muscle Stress Relief," Int J Mol Sci, vol. 21, no. 13, p. 4681, Jun. 2020, doi: 10.3390/ijms21134681.

39. S. Y et al., "Machine learning-based cytokine microarray digital immunoassay analysis," Biosens Bioelectron, vol. 180, p. 113088, May 2021, doi: 10.1016/j.bios.2021.113088.

40. S. Yilmaz et al., "Understanding oncologic emergencies and related emergency department visits and hospitalizations: a systematic review," BMC Emerg Med, vol. 25, no. 1, p. 40, Mar. 2025, doi: 10.1186/s12873-025-01183-2.

41. AIOM Associazione Italiana di Oncologia Medica, "Linee guida Emergenze ed Urgenze in Oncologia," 2022, https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG-497-AIOM_Emergenze-2021.

42. G. C et al., "Altered cholesterol homeostasis in critical illness-induced muscle weakness: effect of exogenous 3-hydroxybutyrate," Crit Care, vol. 25, no. 1, p. 252, Jul. 2021, doi: 10.1186/s13054-021-03688-1.

43. S.-V. A, "Intensive Care Unit Organization and Interdisciplinary Care for Critically Ill Patients with Cancer," Crit Care Clin, vol. 37, no. 1, pp. 19–28, Jan. 2021, doi: 10.1016/j.ccc.2020.09.003.

44. B. MS, S. SS, and S. KN, "Neurocritical care of the pregnant patient," Handb Clin Neurol, vol. 171, pp. 205–213, 2020, doi: 10.1016/B978-0-444-64239-4.00011-4.

45. K. N, M. MCA, van Westerloo DJ, B. AEC, H. MGEC, and B. O. B. O. T. H.-I. S. G. NMA, "The management of critically ill patients with haematological malignancies," Neth J Med, vol. 75, no. 7, pp. 265–271, Sep. 2017.

46. L. Y et al., "Type I IFN operates pyroptosis and necroptosis during multidrug-resistant A. baumannii infection," Cell Death Differ, vol. 25, no. 7, pp. 1304–1318, Jul. 2018, doi: 10.1038/s41418-017-0041-z.

47. P. Karagiannis et al., "Outcome of critically ill patients receiving systemic chemotherapy on the intensive care unit," Front Oncol, vol. 14, Jan. 2025, doi: 10.3389/fonc.2024.1508112.

48. SIAARTI - Italian Society of Anaesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care., "Grandi insufficienze d'organo 'end stage': cure intensive o cure palliative? 'Documento Condiviso' per una pianificazione delle scelte di cura," 2013, Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.camera.it/temiap/2016/04/11/OCD177-1939.pdf

49. S. Benguerfi et al., "Factors associated with cancer treatment resumption after ICU stay in patients with solid tumors," Ann Intensive Care, vol. 14, no. 1, p. 135, Aug. 2024, doi: 10.1186/s13613-024-01366-3.

50. C. M. D. da Silva, B. B. Bettim, B. A. M. P. Besen, and A. P. Nassar Junior, "Differences in the relative importance of predictors of short- and long-term mortality among critically ill patients with cancer," Critical Care Science, vol. 36, 2024, doi: 10.62675/2965-2774.20240149-en.

51. M. García de Herreros et al., "Characterisation and Outcomes of Patients with Solid Organ Malignancies Admitted to the Intensive Care Unit: Mortality and Impact on Functional Status and Oncological Treatment," Diagnostics, vol. 14, no. 7, Apr. 2024, doi: 10.3390/diagnostics14070730.
52. M. G. Kiehl et al., "Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support," Ann Hematol, vol. 97, no. 7, pp. 1271–1282, Jul. 2018, doi: 10.1007/s00277-018-3312-y.
53. W. ML et al., "T Cell- and Monocyte-Specific RNA-Sequencing Analysis in Septic and Nonseptic Critically Ill Patients and in Patients with Cancer," J Immunol, vol. 203, no. 7, pp. 1897–1908, Oct. 2019, doi: 10.4049/jimmunol.1900560.
54. S. Cullati, T. V. Perneger, F. Scherer, M. Nendaz, and M. Escher, "Physicians' views and agreement about patient-and context-related factors influencing icu admission decisions: A prospective study," J Clin Med, vol. 10, no. 14, Jul. 2021, doi: 10.3390/jcm10143068.
55. S. S. Smith, L. Edwards, T. Wigmore, S. Jhanji, D. B. Antcliffe, and K. C. Tatham, "Survival of Patients with Solid Tumours and Sepsis Admitted to Intensive Care in a Tertiary Oncology Centre: A Retrospective Analysis," J Intensive Care Med, vol. 40, no. 6, pp. 642–650, Jun. 2025, doi: 10.1177/08850666241312621.
56. G. LR, K. NT, K. SG, P. J, K. KM, and M. KA, "Association of Childhood Adversity With Morbidity and Mortality in US Adults: A Systematic Review," JAMA Pediatr, vol. 175, no. 12, pp. 1269–1278, Dec. 2021, doi: 10.1001/jamapediatrics.2021.2320.
57. V. I et al., "Variation of endothelium-related hemostatic factors during sepsis," Microcirculation, vol. 25, no. 8, p. e12500, Nov. 2018, doi: 10.1111/micc.12500.
58. D. Hui et al., "Impact of an Interdisciplinary Goals-of-Care Program Among Medical Inpatients at a Comprehensive Cancer Center During the COVID-19 Pandemic: A Propensity Score Analysis," Journal of Clinical Oncology, vol. 41, no. 3, pp. 579–589, Jan. 2023, doi: 10.1200/JCO.22.00849.
59. "Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento."
60. I. Henselmans, E. M. A. Smets, P. K. J. Han, H. C. J. C. de Haes, and H. W. M. van Laarhoven, "How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients," Patient Educ Couns, vol. 100, no. 10, pp. 1820–1827, Oct. 2017, doi: 10.1016/j.pec.2017.05.012.
61. R.-Y. Chen, Y.-C. Li, K.-C. Hsueh, F.-W. Wang, H.-J. Chen, and T.-Y. Huang, "Factors influencing terminal cancer patients' autonomous DNR decision: a longitudinal statutory document and clinical database study," BMC Palliat Care, vol. 21, no. 1, p. 149, Aug. 2022, doi: 10.1186/s12904-022-01037-9.
62. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri, "Codice di Deontologia Medica," 2014.
63. SIAARTI - Italian Society of Anaesthesia Analgesia Resuscitation and Intensive Care., "Le cure di fine vita e l'anestesista rianimatore: raccomandazioni SIAARTI per l'approccio alla persona morente ," Minerva Anestesiol, no. 72(12):927–63, Dec. 2018, Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.minervamedica.it/it/riviste/minerva-anestesiologica/articolo.php?cod=R02Y2006N12A0927
64. T. J. Miner, M. F. Brennan, and D. P. Jaques, "A Prospective, Symptom Related, Outcomes Analysis of 1022 Palliative Procedures for Advanced Cancer," Ann Surg, vol. 240, no. 4, pp. 719–727, Oct. 2004, doi: 10.1097/01.sla.0000141707.09312.dd.
65. S. A. Pilati P, "Chirurgia palliativa in: Manuale di medicina e cure palliative ."
66. V. W. Chen, J. I. Portuondo, Z. Cooper, and N. N. Massarweh, "Use of Palliative Interventions at End of Life for Advanced Gastrointestinal Cancer," Ann Surg Oncol, vol. 29, no. 12, pp. 7281–7292, Nov. 2022, doi: 10.1245/s10434-022-12342-1.

67. S. E. Cousins, E. Tempest, and D. J. Feuer, "Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer," Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 2016, no. 3, Jan. 2016, doi: 10.1002/14651858.CD002764.pub2.

68. J. Kleeff and U. Ronellenfitsch, "Surgical Oncology: Multidisciplinarity to Improve Cancer Treatment and Outcomes," Current Oncology, vol. 28, no. 6, pp. 4471–4473, Nov. 2021, doi: 10.3390/curroncol28060379.

69. D. W. K. Juan, J. J. Y. Soon, and J. S. M. Wong, "ASO Author Reflections: Enhancing Palliative Care Delivery: The Potential of Multi-Disciplinary Intervention Teams for Surgical Oncology Patients," Ann Surg Oncol, vol. 30, no. 13, pp. 8109–8110, Dec. 2023, doi: 10.1245/s10434-023-14198-5.

70. J. J. Y. Soon et al., "Implementation of a Multi-Disciplinary Team and Quality of Goals of Care Discussions in Palliative Surgical Oncology Patients," Ann Surg Oncol, vol. 30, no. 13, pp. 8054–8060, Dec. 2023, doi: 10.1245/s10434-023-14190-z.

71. B. Maddalon et al., "Clinical benefits of symptom resolution after palliative surgery in advanced cancer: A single-center experience," European Journal of Surgical Oncology, vol. 50, no. 6, p. 108368, Jun. 2024, doi: 10.1016/j.ejso.2024.108368.

72. deAndrés-Galiana EJ, F.-M. JL, and S. ST, "Design of Biomedical Robots for Phenotype Prediction Problems," J Comput Biol, vol. 23, no. 8, pp. 678–692, Aug. 2016, doi: 10.1089/cmb.2016.0008.

73. S. PJ et al., "Metabolic imbalance of T cells in COVID-19 is hallmarked by basigin and mitigated by dexamethasone," J Clin Invest, vol. 131, no. 22, p. e148225, Nov. 2021, doi: 10.1172/JCI148225.

74. H. JA, B. MG, C. AC, B. AA, and M. SC, "Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines," Chest, vol. 143, no. 5 Suppl, pp. e278S-e313S, May 2013, doi: 10.1378/chest.12-2359.

75. W. JL et al., "Anesthesia and perioperative management for giant adrenal Ewing's sarcoma with inferior vena cava and right atrium tumor thrombus: A case report," World J Clin Cases, vol. 10, no. 2, pp. 643–655, Jan. 2022, doi: 10.12998/wjcc.v10.i2.643.

76. J. T. Cohen and T. J. Miner, "Patient selection in palliative surgery: Defining value," J Surg Oncol, vol. 120, no. 1, pp. 35–44, Jul. 2019, doi: 10.1002/jso.25512.

77. G. E. M. Rizzo et al., "The Role of Endoscopy in the Palliation of Pancreatico-Biliary Cancers: Biliary Drainage, Management of Gastrointestinal Obstruction, and Role in Relief of Oncologic Pain," Cancers (Basel), vol. 15, no. 22, p. 5367, Nov. 2023, doi: 10.3390/cancers15225367.

78. E. Zucchi et al., "Decompressive percutaneous endoscopic gastrostomy in advanced cancer patients with small-bowel obstruction is feasible and effective: a large prospective study," Supportive Care in Cancer, Feb. 2016, doi: 10.1007/s00520-016-3102-9.

79. A. Razak O, S. Y. Yang, M. S. Cho, B. S. Min, and Y. D. Han, "Palliative surgery as a bridge to systemic treatment for malignant bowel obstruction due to peritoneal metastases: A retrospective, case-control study," Asian J Surg, vol. 46, no. 1, pp. 160–165, Jan. 2023, doi: 10.1016/j.asjsur.2022.02.028.

80. Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI);Società Italiana di Chirurgia (SIC), "Strategie perioperatorie: presa in carico dell'anziano con gravi comorbilità e fase avanzata di malattia con patologia chirurgica acuta," Feb. 2019, Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.recentiprogressi.it/archivio/3584/articoli/35684/

81. B. Horvath, B. Kloesel, M. M. Todd, D. J. Cole, and R. C. Prielipp, "The Evolution, Current Value, and Future of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System," Anesthesiology, vol. 135, no. 5, pp. 904–919, Nov. 2021, doi: 10.1097/ALN.0000000000003947.

82. P. Stone et al., "Prognostic evaluation in patients with advanced cancer in the last months of life: ESMO Clinical Practice Guideline," ESMO Open, vol. 8, no. 2, p. 101195, Apr. 2023, doi: 10.1016/j.esmoop.2023.101195.

83. R. E. Roses, C.-W. D. Tzeng, M. I. Ross, K. F. Fournier, D. E. Abbott, and Y. N. You, "The Palliative Index: Predicting Outcomes of Emergent Surgery in Patients with Cancer," J Palliat Med, vol. 17, no. 1, pp. 37–42, Jan. 2014, doi: 10.1089/jpm.2013.0235.

84. B. D. Badgwell, K. Smith, P. Liu, E. Bruera, S. A. Curley, and J. N. Cormier, "Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation," Supportive Care in Cancer, vol. 17, no. 6, pp. 727–734, Jun. 2009, doi: 10.1007/s00520-008-0554-6.

85. W. H. Tseng et al., "Nomogram to Predict Risk of 30-Day Morbidity and Mortality for Patients With Disseminated Malignancy Undergoing Surgical Intervention," Ann Surg, vol. 254, no. 2, pp. 333–338, Aug. 2011, doi: 10.1097/SLA.0b013e31822513ed.

86. I. W. Folkert and R. E. Roses, "Value in palliative cancer surgery: A critical assessment," J Surg Oncol, vol. 114, no. 3, pp. 311–315, Sep. 2016, doi: 10.1002/jso.24303.

87. W. S, C. J, N. M, H. N, P. AW, and I. A, "Delivering esophago-gastric cancer care during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom: a surgical perspective," Dis Esophagus, vol. 33, no. 9, p. doaa091, Sep. 2020, doi: 10.1093/dote/doaa091.

88. A. Bravington et al., "The range and suitability of outcome measures used in the assessment of palliative treatment for inoperable malignant bowel obstruction: A systematic review," Palliat Med, vol. 36, no. 9, pp. 1336–1350, Oct. 2022, doi: 10.1177/02692163221122352.

89. L. K. Helyer, C. H. L. Law, M. Butler, L. D. Last, A. J. Smith, and F. C. Wright, "Surgery as a Bridge to Palliative Chemotherapy in Patients with Malignant Bowel Obstruction from Colorectal Cancer," Ann Surg Oncol, vol. 14, no. 4, pp. 1264–1271, Mar. 2007, doi: 10.1245/s10434-006-9303-6.

90. R. C et al., "Clinical outcome and quality of life in octogenarian patients with muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder treated with radical cystectomy or transurethral resection of the bladder tumor: a retrospective analysis of 143 patients," Int Urol Nephrol, vol. 54, no. 1, pp. 71–79, Jan. 2022, doi: 10.1007/s11255-021-03073-5.

91. L. K. Collins et al., "Patient reasoning in palliative surgical oncology," J Surg Oncol, vol. 107, no. 4, pp. 372–375, Mar. 2013, doi: 10.1002/jso.23215.

92. T. J. Miner, "Communication as a Core Skill of Palliative Surgical Care," Anesthesiol Clin, vol. 30, no. 1, pp. 47–58, Mar. 2012, doi: 10.1016/j.anclin.2011.11.004.

93. T. J. Miner, "The Palliative Triangle," Archives of Surgery, vol. 146, no. 5, p. 517, May 2011, doi: 10.1001/archsurg.2011.92.

94. R. J. Vidri et al., "American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program as a quality-measurement tool for advanced cancer patients," Ann Palliat Med, vol. 4, no. 4, pp. 200–206, Oct. 2015, doi: 10.3978/j.issn.2224-5820.2015.10.01.

95. J. S. M. Wong et al., "Trajectories of Patient-Reported Outcomes After Palliative Gastrointestinal Surgery in Advanced Cancer," Annals of Surgery Open, vol. 3, no. 4, p. e206, Dec. 2022, doi: 10.1097/AS9.0000000000000206.

96. PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA, "Legge 22 dicembre 2017, n. 219. Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.," Dec. 22, 2017. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2018/1/16/18G00006/sg

97. M. R. F. Bosscher, B. L. van Leeuwen, and H. J. Hoekstra, "Surgical emergencies in oncology," Cancer Treat Rev, vol. 40, no. 8, pp. 1028–1036, Sep. 2014, doi: 10.1016/j.ctrv.2014.05.005.

98. Z. Cooper et al., "Recommendations for Best Communication Practices to Facilitate Goal-concordant Care for Seriously Ill Older Patients With Emergency Surgical Conditions," Ann Surg, vol. 263, no. 1, pp. 1–6, Jan. 2016, doi: 10.1097/SLA.0000000000001491.

99. M. E. Shapiro and E. A. Singer, "Perioperative Advance Directives: Do Not Resuscitate in the Operating Room," Oct. 01, 2019, W.B. Saunders. doi: 10.1016/j.suc.2019.06.006.

100. L. M. Kodadek et al., "Primary palliative care in acute care surgery: an American Association for the Surgery of Trauma Critical Care Committee and Palliative Care Committee clinical consensus document," Trauma Surg Acute Care Open, vol. 10, no. 1, p. e001616, Feb. 2025, doi: 10.1136/tsaco-2024-001616.

101. R. et al Berardi, "RACCOMANDAZIONI 'ONCOLOGIA DI GENERE,'" 2023. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2023/10/2023_Racc_AIOM_Genere.pdf

102. T. Gilligan et al., "Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline," Journal of Clinical Oncology, vol. 35, no. 31, pp. 3618–3632, Nov. 2017, doi: 10.1200/JCO.2017.75.2311.

103. C. Maglione et al., "Il passaggio delle consegne nella pratica clinica degli Anestesisti Rianimatori Centro Rianimazione 4, Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini, Roma. Coordinatore GdS per la Bioetica SIAARTI."

104. S. de Lange, T. Heyns, and C. Filmalter, "Clinical practice guidelines for person-centred handover practices in emergency departments: a scoping review," BMJ Open, vol. 14, no. 10, p. e082677, Oct. 2024, doi: 10.1136/bmjopen-2023-082677.

105. K. Cox, N. Moghaddam, K. Almack, K. Pollock, and J. Seymour, "Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life," BMC Palliat Care, vol. 10, no. 1, p. 18, Dec. 2011, doi: 10.1186/1472-684X-10-18.

106. "Care of dying adults in the last days of life Quality standard-and-conditions#notice-of-rights)," 2017. [Online]. Available: www.nice.org.uk/guidance/qs144

107. SIAARTI-Società Italiana Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva e SICP - Società Italiana di Cure Palliative, "Linee guida Sedazione palliativa nell'adulto," May 2023. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.iss.it/-/snlg-sedazione-palliativa-adulto

108. M. JK et al., "The MNK-eIF4E Signaling Axis Contributes to Injury-Induced Nociceptive Plasticity and the Development of Chronic Pain," J Neurosci, vol. 37, no. 31, pp. 7481–7499, Aug. 2017, doi: 10.1523/JNEUROSCI.0220-17.2017.

109. AIOM – Associazione Italiana di Oncologia Medica, "Linee guida emergenze e urgenze in oncologia," 2022, Istituto Superiore di Sanità. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.iss.it/documents/20126/8403839/LG-497-AIOM_Emergenze-2021

110. S. A. Alsirafy et al., "Emergency Department Visits at the End of Life of Patients With Terminal Cancer," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol. 33, no. 7, pp. 658–662, Aug. 2016, doi: 10.1177/1049909115581819.

111. S. C. C. M. Teunissen, W. Wesker, C. Kruitwagen, H. C. J. M. de Haes, E. E. Voest, and A. de Graeff, "Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review," J Pain Symptom Manage, vol. 34, no. 1, pp. 94–104, Jul. 2007, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015.

112. N. K. Rathi et al., "Variability in triage practices for critically ill cancer patients: A randomized controlled trial," J Crit Care, vol. 53, pp. 18–24, Oct. 2019, doi: 10.1016/j.jcrc.2019.05.012.

113. J. E. Bekelman et al., "Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries," JAMA, vol. 315, no. 3, p. 272, Jan. 2016, doi: 10.1001/jama.2015.18603.

114. E. M. Wallace, M. C. Cooney, J. Walsh, M. Conroy, and F. Twomey, "Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable?," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol.

30, no. 3, pp. 253–256, May 2013, doi: 10.1177/1049909112447285.

115. L. A. Henson, I. J. Higginson, and W. Gao, "What factors influence emergency department visits by patients with cancer at the end of life? Analysis of a 124,030 patient cohort," Palliat Med, vol. 32, no. 2, pp. 426–438, Feb. 2018, doi: 10.1177/0269216317713428.

116. D. CE et al., "Team-based approach to identify cardiac toxicity in critically ill hematopoietic stem cell transplant recipients," Pediatr Blood Cancer, Oct. 2017, doi: 10.1002/pbc.26513.

117. H. Chen, J. Walabyeki, M. Johnson, E. Boland, J. Seymour, and U. Macleod, "An integrated understanding of the complex drivers of emergency presentations and admissions in cancer patients: Qualitative modelling of secondary-care health professionals' experiences and views," PLoS One, vol. 14, no. 5, p. e0216430, May 2019, doi: 10.1371/journal.pone.0216430.

118. N. George, J. Bowman, E. Aaronson, and K. Ouchi, "Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA," Acute Medicine & Surgery, vol. 7, no. 1, Jan. 2020, doi: 10.1002/ams2.497.

119. P. Selby, R. Popescu, M. Lawler, H. Butcher, and A. Costa, "The Value and Future Developments of Multidisciplinary Team Cancer Care," American Society of Clinical Oncology Educational Book, no. 39, pp. 332–340, May 2019, doi: 10.1200/EDBK_236857.

120. A. K. Hilton, D. Jones, and R. Bellomo, "Clinical review: The role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care," Crit Care, vol. 17, no. 2, p. 224, 2013, doi: 10.1186/cc11856.

121. T. Soukup et al., "A multicentre cross-sectional observational study of cancer multidisciplinary teams: Analysis of team decision making," Cancer Med, vol. 9, no. 19, pp. 7083–7099, Oct. 2020, doi: 10.1002/cam4.3366.

122. S. C et al., "Longitudinal multi-omics transition associated with fatality in critically ill COVID-19 patients," Intensive Care Med Exp, vol. 9, no. 1, p. 13, Mar. 2021, doi: 10.1186/s40635-021-00373-z.

123. G. R et al., "Oral Hsp90 inhibitor SNX-5422 attenuates SARS-CoV-2 replication and dampens inflammation in airway cells," iScience, vol. 24, no. 12, p. 103412, Dec. 2021, doi: 10.1016/j.isci.2021.103412.

124. J. Page, R. Traver, S. Patel, and C. Saliba, "Implementation of a Proactive Pilot Health Plan-Driven Opioid Tapering Program to Decrease Chronic Opioid Use for Conditions of the Back and Spine in a Medicaid Population," 2018. [Online]. Available: www.jmcp.org

125. M. J. Verhoef et al., "Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study," Supportive Care in Cancer, vol. 28, no. 3, pp. 1097–1107, Mar. 2020, doi: 10.1007/s00520-019-04906-x.

126. C. P. L. Simmons et al., "Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review," May 01, 2017, Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330.

127. T. Miyagi et al., "Prognostic model for patients with advanced cancer using a combination of routine blood test values," Supportive Care in Cancer, vol. 29, no. 8, pp. 4431–4437, Aug. 2021, doi: 10.1007/s00520-020-05937-5.

128. C. Taylor, J. Harris, K. Stenner, N. Sevdalis, and J. S. Green, "A multi-method evaluation of the implementation of a cancer teamwork assessment and feedback improvement programme (MDT-FIT) across a large integrated cancer system," Cancer Med, vol. 10, no. 4, pp. 1240–1252, Feb. 2021, doi: 10.1002/cam4.3719.

129. T. Soukup, B. W. Lamb, S. Arora, A. Darzi, N. Sevdalis, and J. S. A. Green, "Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: An overview and synthesis of the available literature," 2018, Dove Medical Press Ltd. doi: 10.2147/JMDH.S117945.

130. J. W. Mack, J. C. Weeks, A. A. Wright, S. D. Block, and H. G. Prigerson, "End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences," Journal of

Clinical Oncology, vol. 28, no. 7, pp. 1203–1208, Mar. 2010, doi: 10.1200/JCO.2009.25.4672.

131. I. Agren Bolmsjö, T. Nilstun, and R. LöFmark, "From Cure to Palliation: Agreement, Timing, and Decision Making Within the Staff," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol. 24, no. 5, pp. 366–370, Oct. 2007, doi: 10.1177/1049909107300213.

132. "Planning the Transition to End-of-Life Care in Advanced Cancer (PDQ®)-Health Professional Version."

133. K. P. Loh et al., "Association of Prognostic Understanding with Health Care Use among Older Adults with Advanced Cancer: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial," JAMA Netw Open, vol. 5, no. 2, Feb. 2022, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.0018.

134. P.-H. Liu et al., "Physicians' Propensity To Discuss Prognosis Is Associated with Patients' Awareness of Prognosis for Metastatic Cancers," J Palliat Med, vol. 17, no. 6, pp. 673–682, Jun. 2014, doi: 10.1089/jpm.2013.0460.

135. N. I. Cherny et al., "A taxonomy of the factors contributing to the overtreatment of cancer patients at the end of life. What is the problem? Why does it happen? How can it be addressed?," ESMO Open, vol. 10, no. 1, p. 104099, Jan. 2025, doi: 10.1016/j.esmoop.2024.104099.

136. D. Hui and E. Bruera, "Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer," Journal of Clinical Oncology, vol. 38, no. 9, pp. 852–865, Mar. 2020, doi: 10.1200/JCO.18.02123.

137. O. JA et al., "Cost-effectiveness development for the postoperative care of craniotomy patients: a safe transitions pathway in neurological surgery," Neurosurg Focus, vol. 44, no. 5, p. E19, May 2018, doi: 10.3171/2018.2.FOCUS1812.

138. T. FY et al., "RNA-Seq of Kaposi's sarcoma reveals alterations in glucose and lipid metabolism," PLoS Pathog, vol. 14, no. 1, p. e1006844, Jan. 2018, doi: 10.1371/journal.ppat.1006844.

139. G. Dumas, S. M. Pastores, and L. Munshi, "Five new realities in critical care for patients with cancer," Intensive Care Med, vol. 49, no. 3, pp. 345–348, Mar. 2023, doi: 10.1007/s00134-023-06988-y.

140. E. Borcoman et al., "One-year survival in patients with solid tumours discharged alive from the intensive care unit after unplanned admission: A retrospective study," J Crit Care, vol. 57, pp. 36–41, Jun. 2020, doi: 10.1016/j.jcrc.2020.01.027.

141. C. Vigneron et al., "Short-term and Long-term Outcomes of Patients With Lung Cancer and Life-Threatening Complications," Chest, vol. 160, no. 4, pp. 1560–1564, Oct. 2021, doi: 10.1016/j.chest.2021.04.056.

142. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Anno 151° - Numero 65, "LEGGE 15 marzo 2010, n. 38, Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore."

143. A. Elsayem et al., "Palliative Care Inpatient Service in a Comprehensive Cancer Center: Clinical and Financial Outcomes," Journal of Clinical Oncology, vol. 22, no. 10, pp. 2008–2014, May 2004, doi: 10.1200/JCO.2004.11.003.

144. L.-F. Chang, L.-F. Wu, C.-K. Lin, C.-L. Ho, Y.-C. Hung, and H.-H. Pan, "Inpatient Hospice Palliative Care Unit and Palliative Consultation Service Enhance Comprehensive Quality of Life Outcomes in Terminally Ill Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study," Int J Environ Res Public Health, vol. 18, no. 17, p. 8992, Aug. 2021, doi: 10.3390/ijerph18178992.

145. C. Modonesi et al., "Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System," J Pain Symptom Manage, vol. 30, no. 4, pp. 367–373, Oct. 2005, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2005.04.007.

146. S. H. Shin et al., "Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center," J Pain Symptom Manage, vol. 47, no. 6, pp. 1028–1034, Jun. 2014, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.07.015.

147. D. Hui et al., "Discharge Outcomes and Survival of Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center," J Palliat Med, vol. 13, no. 1, pp. 49–57, Jan. 2010, doi: 10.1089/jpm.2009.0166.

148. S. Eti, S. O'Mahony, M. McHugh, R. Guilbe, A. Blank, and P. Selwyn, "Outcomes of the Acute Palliative Care Unit in an Academic Medical Center," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol. 31, no. 4, pp. 380–384, Jun. 2014, doi: 10.1177/1049909113489164.

149. E. Azoulay et al., "Acute respiratory distress syndrome in patients with malignancies," Intensive Care Med, vol. 40, no. 8, pp. 1106–1114, Aug. 2014, doi: 10.1007/s00134-014-3354-0.

150. A. Shimabukuro-Vornhagen, B. Böll, M. Kochanek, É. Azoulay, and M. S. von Bergwelt-Baildon, "Critical care of patients with cancer," CA Cancer J Clin, vol. 66, no. 6, pp. 496–517, Nov. 2016, doi: 10.3322/caac.21351.

151. A. P. Meert et al., "Critically ill cancer patient's resuscitation: a Belgian/French societies' consensus conference," in Intensive Care Medicine, Springer Science and Business Media Deutschland GmbH, Oct. 2021, pp. 1063–1077. doi: 10.1007/s00134-021-06508-w.

152. M. M. E. M. Bos et al., "Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis," Cancer Med, vol. 4, no. 7, pp. 966–976, Jul. 2015, doi: 10.1002/cam4.430.

153. J. M. O'Brien, S. K. Aberegg, N. A. Ali, G. B. Diette, and S. Lemeshow, "Results from the national sepsis practice survey: predictions about mortality and morbidity and recommendations for limitation of care orders," Crit Care, vol. 13, no. 3, p. R96, Jun. 2009, doi: 10.1186/cc7926.

154. F. S. Taccone, A. A. Artigas, C. L. Sprung, R. Moreno, Y. Sakr, and J.-L. Vincent, "Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs," Crit Care, vol. 13, no. 1, p. R15, Feb. 2009, doi: 10.1186/cc7713.

155. F. D. Martos-Benítez et al., "Critically ill patients with cancer: A clinical perspective," World J Clin Oncol, vol. 11, no. 10, pp. 809–835, Oct. 2020, doi: 10.5306/wjco.v11.i10.809.

156. E. Biskup, F. Cai, M. Vetter, and S. Marsch, "Oncological patients in the intensive care unit: Prognosis, decision-making, therapies and end-of-life care," Aug. 10, 2017, EMH Schweizerischer Arzteverlag AG. doi: 10.4414/smw.2017.14481.

157. E. Kostakou, N. Rovina, M. Kyriakopoulou, N. G. Koulouris, and A. Koutsoukou, "Critically ill cancer patient in intensive care unit: Issues that arise," 2014, W.B. Saunders. doi: 10.1016/j.jcrc.2014.04.007.

158. K. Hillman, "Critical care without walls," Curr Opin Crit Care, vol. 8, no. 6, pp. 594–599, Dec. 2002, doi: 10.1097/00075198-200212000-00019.

159. M. Mermiri et al., "Critical emergency medicine and the resuscitative care unit," Acute and Critical Care, vol. 36, no. 1, pp. 22–28, Feb. 2021, doi: 10.4266/acc.2020.00521.

160. A. K. Hilton, D. Jones, and R. Bellomo, "Clinical review: The role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care," Crit Care, vol. 17, no. 2, p. 224, 2013, doi: 10.1186/cc11856.

161. A. Moser, I. Melchior, M. Veenstra, E. Stoffers, E. Derks, and K. S. Jie, "Improving the experience of older people with colorectal and breast cancer in patient-centred cancer care pathways using experience-based co-design," Health Expectations, vol. 24, no. 2, pp. 478–490, Apr. 2021, doi: 10.1111/hex.13189.

162. S. JA et al., "p52 Overexpression Increases Epithelial Apoptosis, Enhances Lung Injury, and Reduces Survival after Lipopolysaccharide Treatment," J Immunol, vol. 196, no. 4, pp. 1891–1899, Feb. 2016, doi: 10.4049/jimmunol.1501555.

163. D. A. Jones et al., "The role of the medical emergency team in end-of-life care," Crit Care Med, vol. 40, no. 1, pp. 98–103, Jan. 2012, doi: 10.1097/CCM.0b013e31822e9d50.

164. R. L. Smith, V. N. Hayashi, Y. I. Lee, L. Navarro-Mariazeta, and K. Felner, "The Medical Emergency Team Call," Crit Care Med, vol. 42, no. 2, pp. 322–327, Feb. 2014, doi: 10.1097/CCM.0b013e3182a27413.

165. J. S. Kim, M. J. Lee, M. H. Park, J. Y. Park, and A. J. Kim, "Role of the Rapid Response System in End-of-Life Care Decisions," American Journal of Hospice and Palliative Medicine®, vol. 37, no. 11, pp. 943–949, Nov. 2020, doi: 10.1177/1049909120927372.

166. A. Kwong et al., "An Exploratory Investigation into the Roles of Critical Care Response Teams in End-of-Life Care," Crit Care Res Pract, vol. 2021, pp. 1–7, Jul. 2021, doi: 10.1155/2021/4937241.

167. N. M. Mohr et al., "Boarding of Critically Ill Patients in the Emergency Department," Crit Care Med, vol. 48, no. 8, pp. 1180–1187, Aug. 2020, doi: 10.1097/CCM.0000000000004385.

168. F. Urso et al., "Critical emergency medicine unit: a new model to mitigate critically ill patient boarding in emergency department," Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care, vol. 5, no. 1, p. 42, Jul. 2025, doi: 10.1186/s44158-025-00262-x.

169. J. E. Nelson et al., "Integration of Palliative Care in the Context of Rapid Response," Chest, vol. 147, no. 2, pp. 560–569, Feb. 2015, doi: 10.1378/chest.14-0993.

170. P. Cotogni and A. De Luca, "Caring for Patients in Need of Palliative Care: Is This a Mission for Acute Care Hospitals? Key Questions for Healthcare Professionals," Healthcare, vol. 10, no. 3, p. 486, Mar. 2022, doi: 10.3390/healthcare10030486.

171. J. W. Mack, J. C. Weeks, A. A. Wright, S. D. Block, and H. G. Prigerson, "End-of-Life Discussions, Goal Attainment, and Distress at the End of Life: Predictors and Outcomes of Receipt of Care Consistent With Preferences," Journal of Clinical Oncology, vol. 28, no. 7, pp. 1203–1208, Mar. 2010, doi: 10.1200/JCO.2009.25.4672.

172. D. Hui and E. Bruera, "Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer," J Clin Oncol, vol. 38, 2020, doi: 10.1200/JCO.18.

173. A. L. Back, "Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care," Arch Intern Med, vol. 167, no. 5, p. 453, Mar. 2007, doi: 10.1001/archinte.167.5.453.

174. J. D. Edwards, L. P. Voigt, and J. E. Nelson, "Ten key points about ICU palliative care," Intensive Care Med, vol. 43, no. 1, pp. 83–85, Jan. 2017, doi: 10.1007/s00134-016-4481-6.

175. C. R. Grudzen et al., "Palliative care models for patients living with advanced cancer: a narrative review for the emergency department clinician," Emergency Cancer Care, vol. 1, no. 1, p. 10, Aug. 2022, doi: 10.1186/s44201-022-00010-9.

176. D. Hui, B. S. R. Paiva, and C. E. Paiva, "Personalizing the Setting of Palliative Care Delivery for Patients with Advanced Cancer: 'Care Anywhere, Anytime,'" Curr Treat Options Oncol, vol. 24, no. 1, pp. 1–11, Jan. 2023, doi: 10.1007/s11864-022-01044-1.

177. C. N. per la B. Presidenza del Consiglio dei Ministri, "I comitati per l'etica nella clinica," Mar. 2017. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://bioetica.governo.it/media/1433/p127_2017_i-comitati-etici-per-la-clinica_abs_it.pdf

178. R. A. Humphreys, R. Lepper, and T. R. J. Nicholson, "When and how to treat patients who refuse treatment," BMJ, vol. 348, no. mar25 1, pp. g2043–g2043, Mar. 2014, doi: 10.1136/bmj.g2043.

179. B. R. Ferrell et al., "Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update," Journal of Clinical Oncology, vol. 35, no. 1, pp. 96–112, Jan. 2017, doi: 10.1200/JCO.2016.70.1474.

180. K. Jordan et al., "European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care," Annals of Oncology, vol. 29, no. 1, pp. 36–43, Jan. 2018, doi: 10.1093/annonc/mdx757.

181. J. E. Nelson et al., "Choosing and Using Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU," Crit Care Med, vol. 41, no. 10, pp. 2318–2327, Oct. 2013, doi: 10.1097/CCM.0b013e31828cf12c.

182. S. Kaasa et al., "Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission," Nov. 01, 2018, Lancet Publishing Group. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30415-7.

183. A. G. H. A. A. C. Flagship et al., "Feasibility of Ultra-Rapid Exome Sequencing in Critically Ill Infants and Children With Suspected Monogenic Conditions in the Australian Public Health Care System," JAMA, vol. 323, no. 24, pp. 2503–2511, Jun. 2020, doi: 10.1001/jama.2020.7671.

184. Y. V, K. V, S. S, C. A, and L. A, "Palliative dental care: Ignored dimension of dentistry amidst COVID-19 pandemic," Spec Care Dentist, vol. 40, no. 6, pp. 613–615, Nov. 2020, doi: 10.1111/scd.12517.

185. C. R. Mayland, E. M. I. Williams, J. Addington-Hall, T. F. Cox, and J. E. Ellershaw, "Does the 'Liverpool Care Pathway' facilitate an improvement in quality of care for dying cancer patients," Br J Cancer, vol. 108, no. 10, pp. 1942–1948, May 2013, doi: 10.1038/bjc.2013.203.

186. C. P, F. D. S, and C. RC, "Housing and Food Insecurity, Care Access, and Health Status Among the Chronically Ill: An Analysis of the Behavioral Risk Factor Surveillance System," J Gen Intern Med, vol. 33, no. 5, pp. 644–650, May 2018, doi: 10.1007/s11606-017-4255-z.

187. A. C. Mosenthal et al., "Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit," Crit Care Med, vol. 40, no. 4, pp. 1199–1206, Apr. 2012, doi: 10.1097/CCM.0b013e31823bc8e7.

188. R. A. Aslakson, J. R. Curtis, and J. E. Nelson, "The Changing Role of Palliative Care in the ICU," Crit Care Med, vol. 42, no. 11, pp. 2418–2428, Nov. 2014, doi: 10.1097/CCM.0000000000000573.

189. J. A. Blechman, N. Rizk, M. M. Stevens, and V. S. Periyakoil, "Unmet quality indicators for metastatic cancer patients admitted to intensive care unit in the last two weeks of life," J Palliat Med, vol. 16, no. 10, pp. 1285–1289, Oct. 2013, doi: 10.1089/jpm.2013.0257.

190. K. M and F. J, "Hidden Agenda - The Involvement of Endoplasmic Reticulum Stress and Unfolded Protein Response in Inflammation-Induced Muscle Wasting," Front Immunol, vol. 13, p. 878755, May 2022, doi: 10.3389/fimmu.2022.878755.

191. J. E. Nelson et al., "Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)*," Crit Care Med, vol. 38, no. 9, pp. 1765–1772, Sep. 2010, doi: 10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23.

192. D. JE et al., "Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU," Crit Care Med, vol. 45, no. 1, pp. 103–128, Jan. 2017, doi: 10.1097/CCM.0000000000002169.

193. A. Esteban et al., "Evolution of Mortality over Time in Patients Receiving Mechanical Ventilation," Am J Respir Crit Care Med, vol. 188, no. 2, pp. 220–230, Jul. 2013, doi: 10.1164/rccm.201212-2169OC.

194. J. R. Curtis et al., "Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit," Am J Respir Crit Care Med, vol. 183, no. 3, pp. 348–355, Feb. 2011, doi: 10.1164/rccm.201006-1004OC.

195. T. E. Quill and A. P. Abernethy, "Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model," New England Journal of Medicine, vol. 368, no. 13, pp. 1173–1175, Mar. 2013, doi: 10.1056/NEJMp1215620.

196. J. Kesecioglu et al., "European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit," Intensive Care Med, vol. 50, no. 11, pp. 1740–1766, Nov. 2024, doi: 10.1007/s00134-024-07579-1.

197. R. A. Aslakson et al., "Effect of Perioperative Palliative Care on Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Surgery for Cancer," JAMA Netw Open, vol. 6, no. 5, p. e2314660, May 2023, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.14660.

198. M. C. Shinall et al., "Effects of Specialist Palliative Care for Patients Undergoing Major Abdominal Surgery for Cancer," JAMA Surg, vol. 158, no. 7, p. 747, Jul. 2023, doi: 10.1001/jamasurg.2023.1396.

199. V. V. Bansal et al., "Early Integrated Palliative Care Within a Surgical Oncology Clinic," JAMA Netw Open, vol. 6, no. 11, p. e2341928, Nov. 2023, doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.41928.

200. G. M et al., "Interventions in the operating room for children near end of life: A multidisciplinary approach," J Pediatr Surg, vol. 53, no. 5, pp. 1065–1068, May 2018, doi: 10.1016/j.jpedsurg.2018.02.038.

201. Lukas Radbruch, "White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 1 - Recommendations from the European Association for Palliative Care," EAPC update - EUROPEAN JOURNAL OF PALLIATIVE CARE, no. 16, 2009.

202. S. S. Smith, L. Edwards, T. Wigmore, S. Jhanji, D. B. Antcliffe, and K. C. Tatham, "Survival of Patients with Solid Tumours and Sepsis Admitted to Intensive Care in a Tertiary Oncology Centre: A Retrospective Analysis," J Intensive Care Med, vol. 40, no. 6, pp. 642–650, Jun. 2025, doi: 10.1177/08850666241312621.

203. R. E. Bernacki and S. D. Block, "Communication About Serious Illness Care Goals," JAMA Intern Med, vol. 174, no. 12, p. 1994, Dec. 2014, doi: 10.1001/jamainternmed.2014.5271.

204. J. A. C. Rietjens et al., "Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care," Lancet Oncol, vol. 18, no. 9, pp. e543–e551, Sep. 2017, doi: 10.1016/S1470-2045(17)30582-X.

205. T. Sinuff et al., "Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators," J Pain Symptom Manage, vol. 49, no. 6, pp. 1070–1080, Jun. 2015, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.12.007.

206. K. M. Detering, A. D. Hancock, M. C. Reade, and W. Silvester, "The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial," BMJ, vol. 340, no. mar23 1, pp. c1345–c1345, Mar. 2010, doi: 10.1136/bmj.c1345.

207. A. L. Back, R. M. Arnold, W. F. Baile, J. A. Tulsky, and K. Fryer-Edwards, "Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology," CA Cancer J Clin, vol. 55, no. 3, pp. 164–177, May 2005, doi: 10.3322/canjclin.55.3.164.

208. J. R. Curtis and D. B. White, "Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences," Chest, vol. 134, no. 4, pp. 835–843, Oct. 2008, doi: 10.1378/chest.08-0235.

209. D. Stacey et al., "Decision aids for people facing health treatment or screening decisions," Cochrane Database of Systematic Reviews, vol. 2024, no. 1, Jan. 2024, doi: 10.1002/14651858.CD001431.pub6.

210. N. I. Cherny et al., "European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care," Palliat Med, vol. 23, no. 7, pp. 581–593, 2009, doi: 10.1177/0269216309107024.

211. M. Arantzamendi et al., "Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review," Apr. 01, 2021, Elsevier Inc. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022.

212. S. Mercadante, F. Giuliana, R. Bellingardo, G. Albegiani, G. Di Silvestre, and A. Casuccio, "Pattern and characteristics of patients admitted to a hospice connected with an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center," Supportive Care in Cancer, vol. 30, no. 3, pp. 2811–2819, Mar. 2022, doi: 10.1007/s00520-021-06685-w.

213. A. De Graeff and M. Dean, "Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards," 2007, Mary Ann Liebert Inc. doi: 10.1089/jpm.2006.0139.

214. BC Center for Palliative Care, "B.C. INTER-PROFESSIONAL PALLIATIVE SYMPTOM MANAGEMENT GUIDELINES," 2023.

215. R. Twycross, "Reflections on palliative sedation," Palliative Care: Research and Treatment, vol. 12, Jan. 2019, doi: 10.1177/1178224218823511.

216. E. Schildmann and J. Schildmann, "Palliative Sedation Therapy: A Systematic Literature Review and Critical Appraisal of Available Guidance on Indication and Decision Making," J Palliat Med, vol. 17, no. 5, pp. 601–611, May 2014, doi: 10.1089/jpm.2013.0511.

217. M. M. Dean, V. Cellarius, B. Henry, D. Oneschuk, and S. L. Librach, "Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada," J Palliat Med, vol. 15, no. 8, pp. 870–879, Aug. 2012, doi: 10.1089/jpm.2011.0498.

218. S. M. Surges et al., "Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study," Palliat Med, vol. 38, no. 2, pp. 213–228, Feb. 2024, doi: 10.1177/02692163231220225.

219. "Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG) Committee on National Guideline for Palliative Sedation Royal Dutch Medical Association (KNMG)." [Online]. Available: www.medischcontact.tv

220. N. I. Cherny, "ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation," Annals of Oncology, vol. 25, pp. iii143–iii152, Sep. 2014, doi: 10.1093/annonc/mdu238.

221. Luciano Orsi, "Raccomandazioni della SICP sulla Sedazione Terminale/Sedazione Palliativa," Oct. 2007. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.sicp.it/documenti/sicp/2006/10/raccomandazioni-della-sicp-sulla-sedazione-terminale-sedazione-palliativa/

222. M. Verkerk, E. van Wijlick, J. Legemaate, and A. de Graeff, "A National Guideline for Palliative Sedation in The Netherlands," J Pain Symptom Manage, vol. 34, no. 6, pp. 666–670, Dec. 2007, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.01.005.

223. "reco_sedation_terminale_SFAP".

224. T. W. Kirk and M. M. Mahon, "National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients," J Pain Symptom Manage, vol. 39, no. 5, pp. 914–923, May 2010, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2010.01.009.

225. E. Abarshi et al., "International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review," Sep. 01, 2017, BMJ Publishing Group. doi: 10.1136/bmjspcare-2016-001159.

226. D. Vincent, "Proportional Use of Sedating Medications to Manage Refractory Symptoms in Adult Palliative Care The Champlain Region Palliative Sedation Therapy Clinical Practice and Medication Guidelines."

227. K. Imai et al., "The Principles of Revised Clinical Guidelines about Palliative Sedation Therapy of the Japanese Society for Palliative Medicine," J Palliat Med, vol. 23, no. 9, pp. 1184–1190, Sep. 2020, doi: 10.1089/jpm.2019.0626.

228. S. A. Payne and J. Hasselaar, "European Palliative Sedation Project," J Palliat Med, vol. 23, no. 2, pp. 154–155, Feb. 2020, doi: 10.1089/jpm.2019.0606.

229. Société québécoise des médecins de soins palliatifs, "PALLIATIVE SEDATION AT THE END OF LIFE PRACTICE GUIDELINES," 2016, ISBN 978-2-924674-01-7 (PDF).

230. L. R. E. L. P. A. D. T. E. D. B. Presidenza Consiglio dei Ministri - LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, "Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante 'Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178'. ."

231. A. S. Kelley and R. S. Morrison, "Palliative Care for the Seriously Ill," New England Journal of Medicine, vol. 373, no. 8, pp. 747–755, Aug. 2015, doi: 10.1056/NEJMra1404684.

232. P. L. Manfredi, R. Sean Morrison, J. Morris, S. L. Goldhirsch, J. M. Carter, and D. E. Meier, "Palliative Care Consultations: How Do They Impact the Care of Hospitalized Patients?," J Pain Symptom Manage, vol. 20, no. 3, pp. 166–173, 2000, doi: 10.1016/s0885-3924(00)00163-9.

233. C. X. Pan et al., "How Prevalent Are Hospital-Based Palliative Care Programs? Status Report and Future Directions," J Palliat Med, vol. 4, no. 3, pp. 315–324, Sep. 2001, doi: 10.1089/109662101753123922.

234. FNOPI, "Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019," 2019. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2629/Il%20testo%20definitivo%20Codice%20Deontologico%20degli%20Ordini%20delle%20%20Professioni%20Infermieristiche%202019.pdf

235. Presidenza del Consiglio dei Ministri - Comitato Nazionale Bioetica, "SEDAZIONE PALLIATIVA PROFONDA CONTINUA NELL'IMMINENZA DELLA MORTE," Jan. 2016. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://bioetica.governo.it/media/1804/p122_2016_sedazione_profonda_it.pdf

236. S. M. Bruinsma, A. van der Heide, M. L. van der Lee, Y. Vergouwe, and J. A. C. Rietjens, "No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study," PLoS One, vol. 11, no. 2, p. e0149250, Feb. 2016, doi: 10.1371/journal.pone.0149250.

237. M. Maltoni et al., "Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review," Journal of Clinical Oncology, vol. 30, no. 12, pp. 1378–1383, Apr. 2012, doi: 10.1200/JCO.2011.37.3795.

238. S. Mercadante, C. Gregoretti, and A. Cortegiani, "Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how," BMC Anesthesiol, vol. 18, no. 1, p. 106, Dec. 2018, doi: 10.1186/s12871-018-0574-9.

239. P. Claessens, J. Menten, P. Schotsmans, and B. Broeckaert, "Palliative Sedation: A Review of the Research Literature," J Pain Symptom Manage, vol. 36, no. 3, pp. 310–333, Sep. 2008, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004.

240. J. A. Rietjens, J. R. Voorhees, A. van der Heide, and M. A. Drickamer, "Approaches to suffering at the end of life: the use of sedation in the USA and Netherlands: Table 1," J Med Ethics, vol. 40, no. 4, pp. 235–240, Apr. 2014, doi: 10.1136/medethics-2012-100561.

241. A. Caraceni et al., "Palliative Sedation in Terminal Cancer Patients Admitted to Hospice or Home Care Programs: Does the Setting Matter? Results From a National Multicenter Observational Study," J Pain Symptom Manage, vol. 56, no. 1, pp. 33–43, Jul. 2018, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2018.03.008.

242. J. A. C. Rietjens, L. van Zuylen, H. van Veluw, L. van der Wijk, A. van der Heide, and C. C. D. van der Rijt, "Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying With and Without Palliative Sedation," J Pain Symptom Manage, vol. 36, no. 3, pp. 228–234, Sep. 2008, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2007.10.014.

243. S. Mercadante, A. Lo Cascio, and A. Casuccio, "Mortality rate and palliative sedation in an acute palliative care unit," BMJ Support Palliat Care, vol. 15, no. 4, pp. 526–529, Jul. 2025, doi: 10.1136/spcare-2023-004669.

244. N. Bandrauk, J. Downar, and B. Paunovic, "Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper," Canadian Journal of Anesthesia/Journal canadien d'anesthésie, vol. 65, no. 1, pp. 105–122, Jan. 2018, doi: 10.1007/s12630-017-1002-1.

245. J. Downar, J. W. Delaney, L. Hawryluck, and L. Kenny, "Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures," Intensive Care Med, vol. 42, no. 6, pp. 1003–1017, Jun. 2016, doi: 10.1007/s00134-016-4330-7.

246. R. D. Truog et al., "Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine," Crit Care Med, vol. 36, no. 3, pp. 953–963, Mar. 2008, doi: 10.1097/

CCM.0B013E3181659096.

247. N. Pattison, J. Droney, and P. Gruber, "Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer," Nurs Crit Care, vol. 25, no. 2, pp. 93–101, Mar. 2020, doi: 10.1111/nicc.12460.

248. G. Bertolini et al., "End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units," Intensive Care Med, vol. 36, no. 9, pp. 1495–1504, Sep. 2010, doi: 10.1007/s00134-010-1910-9.

249. C. L. Sprung et al., "End-of-Life Practices in European Intensive Care Units The Ethicus Study." [Online]. Available: http://jama.jamanetwork.com/

250. W. AM, J. CE, W. H, C. V, A. H, and R. T, "Evaluating the Liverpool Care Pathway for care of the terminally ill in rural Australia," Support Care Cancer, vol. 23, no. 11, pp. 3173–3181, Nov. 2015, doi: 10.1007/s00520-015-2697-6.

251. I. C et al., "Lectin pathway of complement activation and relation with clinical complications in critically ill children," Pediatr Res, vol. 75, no. 1–1, pp. 99–108, Jan. 2014, doi: 10.1038/pr.2013.180.

252. H. A, L. G. K, S. K, V.-H. D, Å. H, and F. K, "Calcium-dependent intracellular signal pathways in primary cultured adipocytes and ANK3 gene variation in patients with bipolar disorder and healthy controls," Mol Psychiatry, vol. 20, no. 8, pp. 931–940, Aug. 2015, doi: 10.1038/mp.2014.104.

253. G. Beretta et al., "RUOLO DELL'ONCOLOGO, profilo delle competenze e formazione specialistica," 2020. Accessed: Jan. 08, 2026. [Online]. Available: https://www.aiom.it/wp-content/uploads/2021/02/2020_RUOLO_ONCOLOGO_AIOM-CIPOMO-COMU.pdf

254. R. M et al., "MALT1 protease function in regulatory T cells induces MYC activity to promote mitochondrial function and cellular expansion," Eur J Immunol, vol. 52, no. 1, pp. 85–95, Jan. 2022, doi: 10.1002/eji.202149355.

255. E. KM et al., "Ovarian carcinoma CDK12 mutations misregulate expression of DNA repair genes via deficient formation and function of the Cdk12/CycK complex," Nucleic Acids Res, vol. 43, no. 5, pp. 2575–2589, Mar. 2015, doi: 10.1093/nar/gkv101.

256. P. P, B. A, and I. N, "PICOT (GLRX3) is a positive regulator of stress-induced DNA-damage response," Cell Signal, vol. 62, p. 109340, Oct. 2019, doi: 10.1016/j.cellsig.2019.06.005.

257. W. AJ et al., "C5a impairs phagosomal maturation in the neutrophil through phosphoproteomic remodeling," JCI Insight, vol. 5, no. 15, p. e137029, Aug. 2020, doi: 10.1172/jci.insight.137029.

258. A. Amini et al., "Palliative Care Training in Surgical Oncology and Hepatobiliary Fellowships: A National Survey of the Fellows," Ann Surg Oncol, vol. 22, no. 6, pp. 1761–1767, Jun. 2015, doi: 10.1245/s10434-014-4226-0.

259. B. E. Zucker, L. Leandro, K. Forbes, J. M. Blazeby, and C. Chamberlain, "Training surgeons to optimize communication and symptom management in patients with life-limiting conditions: systematic review," BJS Open, vol. 7, no. 2, Mar. 2023, doi: 10.1093/bjsopen/zrad015.

260. A. Laserna et al., "Pain management during the withholding and withdrawal of life support in critically ill patients at the end-of-life: a systematic review and meta-analysis," Intensive Care Med, vol. 46, no. 9, pp. 1671–1682, Sep. 2020, doi: 10.1007/s00134-020-06139-7.

261. R. Robert et al., "Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: a post-hoc analysis of a multicenter study," Intensive Care Med, vol. 46, no. 6, pp. 1194–1203, Jun. 2020, doi: 10.1007/s00134-020-05930-w.

262. J. L. Epker, J. Bakker, H. F. Lingsma, and E. J. O. Kompanje, "An Observational Study on a Protocol for Withdrawal of Life-Sustaining Measures on Two Non-Academic Intensive Care Units in The Netherlands: Few Signs of Distress, No Suffering?," J Pain Symptom Manage, vol. 50, no. 5, pp. 676–684, Nov. 2015, doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.05.017.

263. S. Mercadante and A. Giarratano, "The anesthesiologist and end-of-life care," Curr Opin Anaesthesiol, vol. 25, no. 3, pp. 371–375, Jun. 2012, doi: 10.1097/ACO.0b013e3283530e7d.

264. A. Cortegiani, V. Russotto, S. M. Raineri, C. Gregoretti, A. Giarratano, and S. Mercadante, "Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey," Supportive Care in Cancer, vol. 26, no. 6, pp. 1773–1780, Jun. 2018, doi: 10.1007/s00520-017-4014-z.

265. G. M et al., "Novel peptide nanoparticle-biased antagonist of CCR3 blocks eosinophil recruitment and airway hyperresponsiveness," J Allergy Clin Immunol, vol. 143, no. 2, pp. 669–680, Feb. 2019, doi: 10.1016/j.jaci.2018.05.003.

266. W. E, T. LK, and H. RS, "Immunoadjuvant therapy in sepsis: novel strategies for immunosuppressive sepsis coming down the pike," Acute Med Surg, vol. 5, no. 4, pp. 309–315, Aug. 2018, doi: 10.1002/ams2.363.

267. A. SA et al., "Signaling Through Fc-RIIA and the C5a-C5aR Pathway Mediate Platelet Hyperactivation in COVID-19," Front Immunol, vol. 13, p. 834988, Mar. 2022, doi: 10.3389/fimmu.2022.834988.

268. R. A, W. JE, B. SL, L. HJ, T. SM, and A.-S. A, "Akt signaling is critical for memory CD8(+) T-cell development and tumor immune surveillance," Proc Natl Acad Sci U S A, vol. 114, no. 7, pp. E1178–E1187, Feb. 2017, doi: 10.1073/pnas.1611299114.

269. M. L. Matzo, D. W. Sherman, B. Penn, and B. R. Ferrell, "The End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) Experience," Nurse Educ, vol. 28, no. 6, pp. 266–270, Nov. 2003, doi: 10.1097/00006223-200311000-00008.

270. D. E. Weissman, P. B. Mullan, B. Ambuel, and C. von Gunten, "End-of-Life Curriculum Reform: Outcomes and Impact in a Follow-Up Study of Internal Medicine Residency Programs," J Palliat Med, vol. 5, no. 4, pp. 497–506, Aug. 2002, doi: 10.1089/109662102760269733.

271. D. M. Browning and M. Z. Solomon, "The Initiative for Pediatric Palliative Care: An Interdisciplinary Educational Approach for Healthcare Professionals," J Pediatr Nurs, vol. 20, no. 5, pp. 326–334, Oct. 2005, doi: 10.1016/j.pedn.2005.03.004.

272. S. TN et al., "Pathways linking health literacy, health beliefs, and cognition to medication adherence in older adults with asthma," J Allergy Clin Immunol, vol. 139, no. 3, pp. 804–809, Mar. 2017, doi: 10.1016/j.jaci.2016.05.043.

273. K. Boyd and S. A. Murray, "Recognising and managing key transitions in end of life care," BMJ, vol. 341, no. sep16 2, pp. c4863–c4863, Sep. 2010, doi: 10.1136/bmj.c4863.

274. C. Gardiner, C. Ingleton, M. Gott, and T. Ryan, "Exploring the transition from curative care to palliative care: a systematic review of the literature," BMJ Support Palliat Care, vol. 5, no. 4, pp. 335–342, Dec. 2015, doi: 10.1136/bmjspcare-2010-000001rep.

275. S. ER, "Hypoxia and Its Acid-Base Consequences: From Mountains to Malignancy," Adv Exp Med Biol, vol. 903, pp. 301–323, 2016, doi: 10.1007/978-1-4899-7678-9_21.

276. V. J, "Food systems approach to cancer prevention," Crit Rev Food Sci Nutr, vol. 57, no. 12, pp. 2573–2588, Aug. 2017, doi: 10.1080/10408398.2015.1028023.

277. B. C et al., "p38 regulates the tumor suppressor PDCD4 via the TSC-mTORC1 pathway," Cell Stress, vol. 5, no. 12, pp. 176–182, Nov. 2021, doi: 10.15698/cst2021.12.260.

278. P. D, F. A, and G. J, "Text mining and medicine: usefulness in respiratory diseases," Arch Bronconeumol, vol. 50, no. 3, pp. 113–119, Mar. 2014, doi: 10.1016/j.arbres.2013.04.009.

279. O. J, P. SM, R. LV, Y. J, and H. NA, "Treating sepsis with vitamin C, thiamine, and hydrocortisone: Exploring the quest for the magic elixir," J Crit Care, vol. 57, pp. 231–239, Jun. 2020, doi: 10.1016/j.jcrc.2019.12.011.

280. N. J. McNeese et al., "Team cognition as a means to improve care delivery in critically ill patients with cancer after hematopoietic cell transplantation," J Oncol Pract, vol. 12, no. 11, pp. 1091–1099, Nov. 2016, doi: 10.1200/JOP.2016.013672.

281. E. B. Clarke et al., "Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit*," Crit Care Med, vol. 31, no. 9, pp. 2255–2262, Sep. 2003, doi: 10.1097/01.CCM.0000084849.96385.85.

282. F. D. Ferris, C. F. von Gunten, and L. L. Emanuel, "Competency in End-of-Life Care: Last Hours of Life," J Palliat Med, vol. 6, no. 4, pp. 605–613, Aug. 2003, doi: 10.1089/109662103768253713.

283. G. A et al., "The Economic Impact of Rectal Cancer: A Population-Based Study in Italy," Int J Environ Res Public Health, vol. 18, no. 2, p. 474, Jan. 2021, doi: 10.3390/ijerph18020474.

ALLEGATO 1 - PROTOCOLLO E REGOLAMENTO BPCAO

PROTOCOLLO BPCA-O PERCORSO PAZIENTE ONCOLOGICO								
SEZIONE	**FASE**	**OBIETTIVO**	**METODO / MODALITÀ**	**PARTECIPANTI**	**STRUMENTI**	**SCALA / CRITERI**	**SOGLIA CONSENSO**	**OUTPUT**
Governance	Costituzione GdS	Garantire multidisciplinarità	Nomina formale membri attraverso inviti alle presidenze	Società scientifiche e associazioni			Massimo 2 reminder in 30 giorni	Elenco GdS
Governance	Preparazione documentazione	Fornire al GdS il materiale utile all'elaborazione della BPCA-O	Condivisione via email	Coordinatore, Metodologo, Segreteria Tecnica				Condivisione via email al Panel di esperti
Governance	Avvio progetto	Definire cornice metodologica	Presentazione metodo BPCA-O ISS	Coordinatore, Metodologo, GMS	Riunione plenaria			Verbale di avvio
Scoping workshop	Raccolta scope	Identificare ambiti prioritari	Nominal Group Technique (NGT)	Panel esperti	Sessione facilitata			Lista scope grezzi
Scoping workshop e prioritizzazione item	Prioritizzazione scope	Selezionare scope rilevanti	Votazione anonima	Panel (esclusi Coordinatore, Metodologo, LSS)	Form elettronico	Likert 1–9	≥75% nel range 7–9	Scope selezionati
Ricerca delle evidenze	Ricerca bibliografica, revisione letteratura e sintesi delle evidenze	Supportare statement	Revisione sistematica / rapid review	LSS + Metodologo	PubMed, eventuale secondo database, PRISMA	Criteri inclusione/esclusione concordati		Sintesi evidenze
Formulazione di statement e razionali	Elaborazione statement e razionali	Definire raccomandazioni	Scrittura collegiale	Gruppo di scrittura	Documenti condivisi			Statement + razionali

Processo di consenso	1 o 2 round di votazione	Raggiungere consenso sulla formulazione di statement e razionali	Votazione anonima	Panel (esclusi Coordinatore, Metodologo, LSS)	Form elettronico anonimo	Likert 1–5 (1–2 no / 3 incerto / 4–5 sì)	≥75% voti nello stesso intervallo + mediana coerente. Nel primo round possibilità di inserire commenti in fase di voto	Statement approvati
Esiti votazione consenso-gestoone commenti e dissenso	Gestione commenti	Discussione circa i commenti pervenuti per eventuale modifica o integrazione	Discussione asincrona	Tutti	Email			Versione finale statement
Revisione esterna	Peer review	Validazione indipendente	Revisione esterna	almeno n.2 revisori indipendenti	Invio del manoscritto con richiesta di fornire revisione entro 20 giorni			Discussione sincrona o asincrona con tutti i membri del panel per decidere se accettare o meno le revisioni. Gli output della revisione vengono riportati nel manoscritto (cmmento-decisione- motivazione- mod. effettuata)
Consultazione pubblica	Peer review d aprte di altre società scinetifiche	Validazione indipendente	Consultazione pubblica	Società scientifiche, stakeholder della salute, pazienti, altre categorie	Form elettronico	Likert 1–5 (1–2 no / 3 incerto / 4–5 sì)	≥75% voti nello stesso intervallo + mediana coerente con possibilità di inserire commenti in fase di voto	Discussione sincrona o asincrona con tutti i membri del panel per decidere se accettare o meno le revisioni. I risultati in chiaro vengono riportati in allegato al documento

Finale	Approvazione	Validazione documento	Delibera finale	Coordinatore, metodologo, gruppo di esperti	Riunione conclusiva oppure asincrona			Documento BPCA-0 finale
Aggiornamento ogni 3 anni	Manutenzione	Garantire attualità	Monitoraggio evidenze	Coordinatore e metodologo	Revisione periodica-ogni 3 anni salvo modifica delle evidenze			Aggiornamento BPCA-0

ALLEGATO 2 - SEARCH STRATEGY E PRISMA FLOW

POPULATION
Critically ill oncologic patients

Cancer and patients and respiratory failure and/or ICU
Malignancy and respiratory failure and/or ICU
Hematologic and patients and respiratory failure and/or ICU
ARDS and malignancy
Malignancy and ICU
Allogeneic and stem and cell and transplantation and ICU
Allogeneic and stem and cell and transplantation and respiratory and failure
Allogeneic and stem and cell and transplantation and respiratory and ARDS
Allogeneic and stem and cell and transplantation and ICU and outcome
Mechanical ventilation and malignancy and outcome or survival
Mechanical ventilation and malignancy
Cancer and patients and ICU
Cancer patients and intensive and care and treatment
Cancer patients and intensive and care and treatment and palliative care

INTERVENTION
Multidisciplinary approach

Mesh [patient care management]
- *Care Team, Patient*
- *Care Teams, Patient*
- *Patient Care Teams*
- *Team, Patient Care*
- *Multidisciplinary Care Team*
- *Care Team, Multidisciplinary*
- *Multidisciplinary Care Teams*
- *Team, Multidisciplinary Care*
- *Medical Care Team*
- *Care Team, Medical*
- *Medical Care Teams*
- *Team, Medical Care*
- *Healthcare Team*
- *Healthcare Teams*
- *Team, Healthcare*
- *Interdisciplinary Health Team*
- *Health Team, Interdisciplinary*
- *Interdisciplinary Health Teams*
- *Team, Interdisciplinary Health*
- *Teams, Interdisciplinary Health*
- *Multidisciplinary Health Team*

Health Team, Multidisciplinary
Multidisciplinary Health Teams
Team, Multidisciplinary Health
Health Care Team
Care Team, Health
Care Teams, Health
Health Care Teams
Team, Health Care

COMPARISON
Standard approach

Standard care management
Standard of care

OUTCOME
Defined treatment process

Mesh [treatment protocols]
Antineoplastic Protocol
Protocol, Antineoplastic
Protocols, Antineoplastic
Cancer Treatment Protocols
Cancer Treatment Protocol
Protocol, Cancer Treatment
Protocols, Cancer Treatment
Treatment Protocol, Cancer
Treatment Protocols, Cancer

Search: **(care pathway) OR (multidisciplinary team) AND (critical ill) AND (cancer)** Filters**: in the last 10 years**
((“critical pathways”[MeSH Terms] OR (“critical”[All Fields] AND “pathways”[All Fields]) OR “critical pathways”[All Fields] OR (“care”[All Fields] AND “pathway”[All Fields]) OR “care pathway”[All Fields] OR ((“interdisciplinary studies”[MeSH Terms] OR (“interdisciplinary”[All Fields] AND “studies”[All Fields]) OR “interdisciplinary studies”[All Fields] OR “multidisciplinary”[All Fields]) AND “team”[All Fields])) AND ((“critical”[All Fields] OR “critically”[All Fields]) AND “ill”[All Fields]) AND (“cancer s”[All Fields] OR “cancerated”[All Fields] OR “canceration”[All Fields] OR “cancerization”[All Fields] OR “cancerized”[All Fields] OR “cancerous”[All Fields] OR “neoplasms”[MeSH Terms] OR “neoplasms”[All Fields] OR “cancer”[All Fields] OR “cancers”[All Fields])) AND (y_10[Filter])

Translations

care pathway: “critical pathways”[MeSH Terms] OR (“critical”[All Fields] AND “pathways”[All Fields]) OR “critical pathways”[All Fields] OR (“care”[All Fields] AND “pathway”[All Fields]) OR “care pathway”[All Fields]
multidisciplinary: “interdisciplinary studies”[MeSH Terms] OR (“interdisciplinary”[All Fields] AND “studies”[All Fields]) OR “interdisciplinary studies”[All Fields] OR “multidisciplinary”[All Fields]
critical: “critical”[All Fields] OR “critically”[All Fields]
cancer: “cancer’s”[All Fields] OR “cancerated”[All Fields] OR “canceration”[All Fields] OR “cancerization”[All Fields] OR “cancerized”[All Fields] OR “cancerous”[All Fields] OR “neoplasms”[MeSH Terms] OR “neoplasms”[All Fields] OR “cancer”[All Fields] OR “cancers”[All Fields]

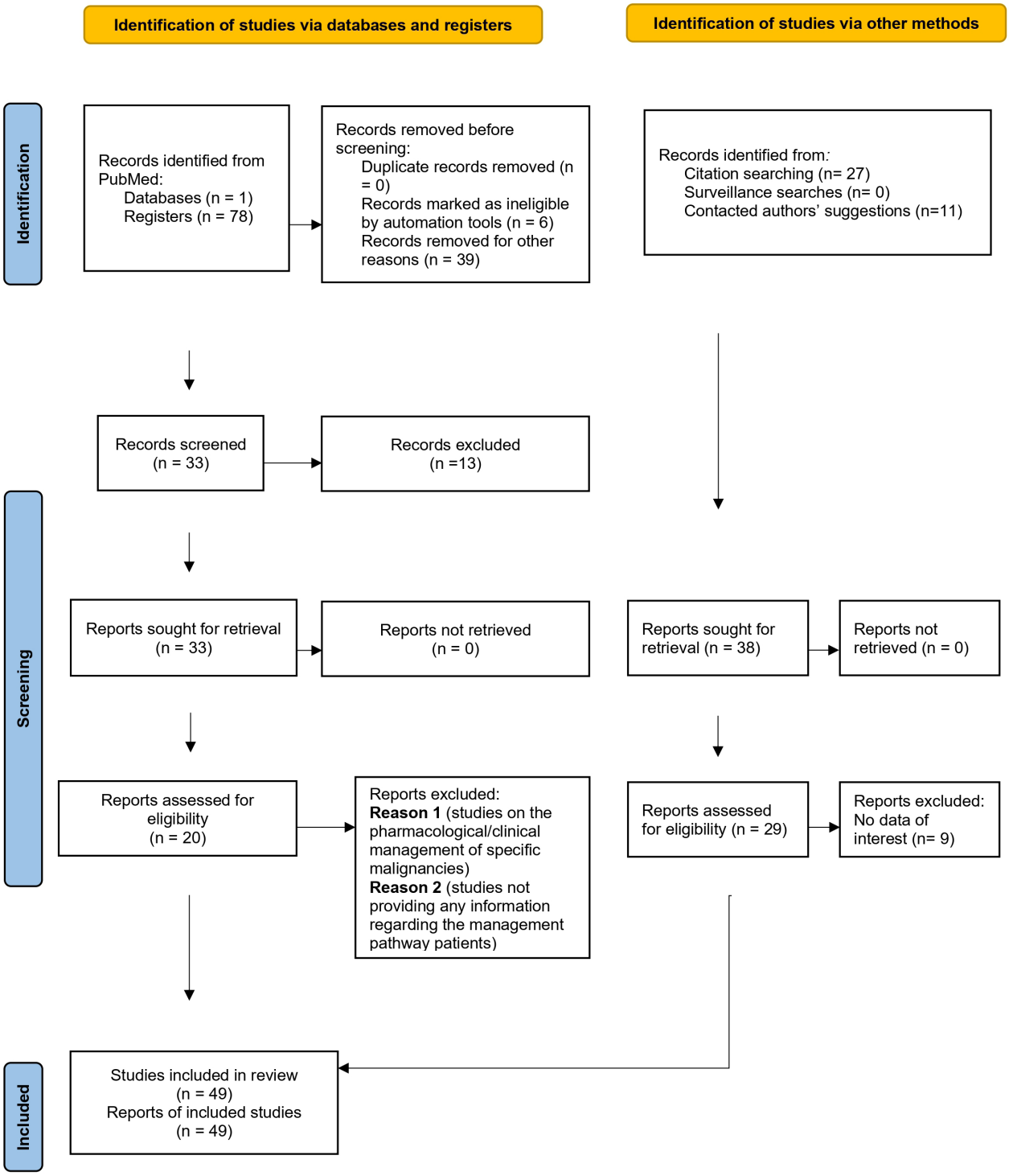


Figure. PRISMA flow diagram (30.6.2022)

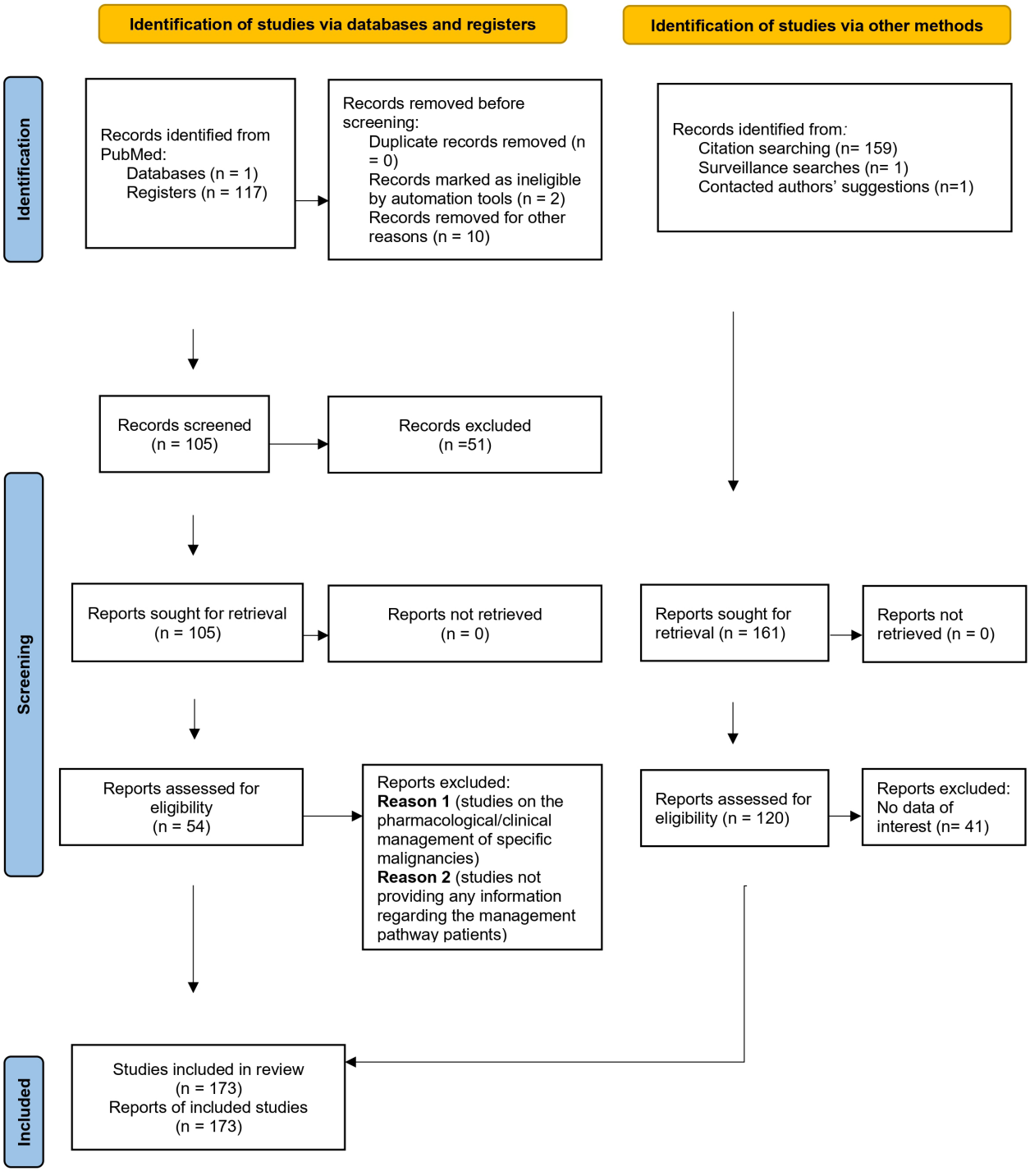


Figure. PRISMA flow diagram (2025/12/13) Filter from 2022/7/1 - 2025/01/31

ALLEGATO 3 - TABELLA SINTESI DELLE EVIDENZE

A) Tabella sintesi delle evidenze completa

First Author	Davidson JE
Publication Year	2017
DOI	10.1097/CCM.0000000000002169
Title	Guidelines for Family-Centered Care in the Neonatal, Pediatric, and Adult ICU
Journal/Book	Crit Care Med
Article type	Linee guida di pratica clinica
Population	Membri della famiglia di pazienti in condizioni critiche (neonati, bambini e adulti) ricoverati in unità di terapia intensiva
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.10, 4.5, 6.1, 6.2

First Author	McGrath BA
Publication Year	2020
DOI	10.1016/S2213-2600(20)30230-7
Title	Tracheostomy in the COVID-19 era: global and multidisciplinary guidance
Journal/Book	Lancet Respir Med
Article type	Linee guida di pratica clinica/Conenso di esperti
Population	Pazienti critici affetti da COVID-19 che richiedono ventilazione meccanica prolungata e gli operatori sanitari esposti a procedure che generano aerosol
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.2, 1.10, 2.3, 8.5

First Author	Busch K
Publication Year	2021
DOI	10.1002/jcsm.12763
Title	Inhibition of the NLRP3/IL-1β axis protects against sepsis-induced cardiomyopathy
Journal/Book	J Cachexia Sarcopenia Muscle
Article type	Studio sperimentale pre-clinico translazionale
Population	Modelli murini (WT e Nlrp3−/−) e linee cellulari cardiache
Intervention	Sepsi polimicrobica indotta da chirurgia di legatura e puntura del cieco
Comparison	WT settici vs sham; trattamenti veicolo
Primary Outcome	Preservazione funzione cardiaca e prevenzione atrofia
Secondary Outcome	↓ IL-1β, ↓ NF-κB, ↓ autofagia cardiaca, ↑ sopravvivenza
Statement	1.1, 1.4

First Author	Australian Genomics Health Alliance Acute Care Flagship
Publication Year	2020
DOI	10.1001/jama.2020.7671
Title	Feasibility of Ultra-Rapid Exome Sequencing in Critically Ill Infants and Children With Suspected Monogenic Conditions in the Australian Public Health Care System
Journal/Book	JAMA
Article type	Studio di fattibilità descrittivo e prospettico
Population	108 neonati/bambini critici con sospetta malattia monogenica
Intervention	Sequenziamento dell'esoma ultra-rapido integrato nel percorso clinico
Comparison	Programma di sequenziamento rapido precedente
Primary Outcome	Tempo al referto
Secondary Outcome	Resa diagnostica; impatto sulla gestione clinica
Statement	6.1, 6.2

First Author	Shi J
Publication Year	2019
DOI	10.1038/s41374-019-0286-x
Title	PI3K/Akt pathway-mediated HO-1 induction regulates mitochondrial quality control and attenuates endotoxin-induced acute lung injury
Journal/Book	Lab Invest
Article type	Studio pre-clinico prospettico controllato
Population	Ratti Sprague-Dawley e macrofagi murini
Intervention	Induzione HO-1 (emina) in modello da endotossina
Comparison	LPS vs controlli ± inibizione PI3K/Akt
Primary Outcome	Preservazione qualità mitocondriale e riduzione ALI
Secondary Outcome	↑ sopravvivenza, ↓ apoptosi, ↑ funzione mitocondriale
Statement	1.1, 1.4

First Author	Howington JA
Publication Year	2013
DOI	10.1378/chest.12-2359
Title	Treatment of stage I and II non-small cell lung cancer: Diagnosis and management of lung cancer, 3rd ed: American College of Chest Physicians evidence-based clinical practice guidelines
Journal/Book	Chest
Article type	Revisione sistematica e linee guida evidence-based
Population	NSCLC stadio I–II
Intervention	Chirurgia, VATS, SBRT, terapia adiuvante
Comparison	Tecniche chirurgiche e strategie terapeutiche
Primary Outcome	Sopravvivenza a 5 anni e controllo locale
Secondary Outcome	↓ mortalità/morbilità, ↓ LOS, stadiazione accurata
Statement	2.1, 2.2, 2.4

First Author	Bhaskar S
Publication Year	2020
DOI	10.3389/fimmu.2020.01648
Title	Cytokine Storm in COVID-19-Immunopathological Mechanisms, Clinical Considerations, and Therapeutic Approaches: The REPROGRAM Consortium Position Paper
Journal/Book	Front Immunol
Article type	Consensus di esperti
Population	Pazienti affetti da COVID-19, con particolare attenzione a quelli in condizioni critiche o ad alto rischio (anziani, pazienti oncologici, con malattie autoimmuni o sottoposti a terapie immunosoppressive)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.1, 1.5

First Author	Ismael J
Publication Year	2020
DOI	10.3332/ecancer.2020.1044
Title	Multidisciplinary approach to COVID-19 and cancer: consensus from scientific societies in Argentina
Journal/Book	Ecancermedicalscience
Article type	Consensus di esperti
Population	Pazienti oncologici argentini e personale sanitario coinvolto nella loro cura durante la pandemia di SARS-CoV-2
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.2, 2.2, 3.3, 3.7, 4.2

First Author	Shimabukuro-Vornhagen A
Publication Year	2021
DOI	10.1016/j.ccc.2020.09.003
Title	Intensive Care Unit Organization and Interdisciplinary Care for Critically Ill Patients with Cancer
Journal/Book	Crit Care Clin
Article type	Review
Population	Pazienti oncologici in condizioni critiche
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.5

First Author	Pattison N
Publication Year	2020
DOI	10.1111/nicc.12460
Title	Burnout: Caring for critically ill and end-of-life patients with cancer
Journal/Book	Nurs Crit Care
Article type	Studio trasversale descrittivo
Population	63 operatori ICU e cure palliative oncologiche
Intervention	Maslach Burnout Inventory + domande aperte
Comparison	Punteggi normativi e ICU non oncologiche
Primary Outcome	Burnout (EE, DP, PA)
Secondary Outcome	Strategie di mitigazione del distress morale
Statement	8.1, 8.2, 8.5

First Author	Burn MS
Publication Year	2020
DOI	10.1016/B978-0-444-64239-4.00011-4
Title	Neurocritical care of the pregnant patient
Journal/Book	Handb Clin Neurol
Article type	Capitolo di libro
Population	Pazienti gravide in neurorianimazione
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.5

First Author	Swenson ER
Publication Year	2016
DOI	10.1007/978-1-4899-7678-9_21
Title	Hypoxia and Its Acid-Base Consequences: From Mountains to Malignancy
Journal/Book	Adv Exp Med Biol
Article type	Capitolo di libro
Population	Pazienti ipossici in condizioni estreme, dal mal di montagna a pazienti oncologici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,3

First Author	Kostakou E
Publication Year	2014
DOI	10.1016/j.jcrc.2014.04.007
Title	Critically ill cancer patient in intensive care unit: issues that arise
Journal/Book	J Crit Care
Article type	Review
Population	Pazienti oncologici in condizioni critiche
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.5

First Author	Gigli A
Publication Year	2021
DOI	10.3390/ijerph18020474
Title	The Economic Impact of Rectal Cancer: A Population-Based Study in Italy
Journal/Book	Int J Environ Res Public Health
Article type	Studio osservazionale di popolazione (population-based)
Population	9.358 pazienti con tumore maligno del retto (ICD9-CM C19–C20) in 8 Registri Tumori italiani
Intervention	Linkage tra Registri Tumori e database amministrativi regionali per la ricostruzione dei costi sanitari individuali
Comparison	Fasi di malattia (iniziale, continua, finale), stadio alla diagnosi, classi di età e area geografica
Primary Outcome	Costo medio annuo per paziente nelle diverse fasi della malattia
Secondary Outcome	Identificazione dei principali driver di spesa
Statement	Spesa sanitaria associata

First Author	Moser A
Publication Year	2021
DOI	10.1111/hex.13189
Title	Improving the experience of older people with colorectal and breast cancer in patient-centred cancer care pathways using experience-based co-design
Journal/Book	Health Expect
Article type	Studio qualitativo basato su experience-based co-design
Population	Pazienti oncologici ≥65 anni (colon-retto o mammella), caregiver familiari e professionisti sanitari
Intervention	Implementazione di team di miglioramento della qualità in co-design (interviste, mappatura dei touchpoints, progettazione condivisa)
Comparison	Percorsi di cura tradizionali progettati esclusivamente da professionisti sanitari, senza coinvolgimento attivo di pazienti o pubblico (PPI)
Primary Outcome	Miglioramento dell'esperienza del paziente all'interno del percorso di cura oncologico
Secondary Outcome	Identificazione di criticità organizzative (continuità assistenziale, comunicazione, integrazione territoriale) e barriere al coinvolgimento di gruppi vulnerabili
Statement	4.5, 8.1, 8.4, 1.10 e 3.6

First Author	Yadav V
Publication Year	2020
DOI	10.1111/scd.12517
Title	Palliative dental care: Ignored dimension of dentistry amidst COVID-19 pandemic
Journal/Book	Spec Care Dentist
Article type	Lettera all'editore
Population	Pazienti oncologici terminali con complicanze orali (mucositi, xerostomia)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	6.1, 7.1

First Author	Scalabrin M
Publication Year	2020
DOI	10.3390/ijms21134681
Title	Emerging Strategies Targeting Catabolic Muscle Stress Relief
Journal/Book	Int J Mol Sci
Article type	Review
Population	Pazienti con atrofia muscolare catabolica (cancro, sepsi, immobilizzazione)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.7

First Author	Vanamala J
Publication Year	2017
DOI	10.1080/10408398.2015.1028023
Title	Food systems approach to cancer prevention
Journal/Book	Crit Rev Food Sci Nutr
Article type	Review
Population	Popolazioni a rischio di cancro, inclusi i gruppi a basso reddito
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,3

First Author	George N
Publication Year	2020
DOI	10.1002/ams2.497
Title	Past, present, and future of palliative care in emergency medicine in the USA
Journal/Book	Acute Med Surg
Article type	Review
Population	Adulti anziani con malattie gravi (cancro avanzato) in Pronto Soccorso
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	3.3, 3.4, 3.6

First Author	Tothova Z
Publication Year	2015
DOI	10.1177/0885066613517076
Title	Hemophagocytic Syndrome and Critical Illness: New Insights into Diagnosis and Management
Journal/Book	J Intensive Care Med
Article type	Review
Population	Pazienti critici in ICU con sepsi o insufficienza multiorgano (HLH)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.1, 1.4, 1.5

First Author	Kuramatsu JB
Publication Year	2016
DOI	10.1007/s00115-016-0129-6
Title	[Specialized neurological neurosurgical intensive care medicine]
Journal/Book	Nervenarzt
Article type	Review
Population	Pazienti con lesioni cerebrali acute (ictus, emorragie, SHT)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.1, 8.1

First Author	Goossens C
Publication Year	2021
DOI	10.1186/s13054-021-03688-1
Title	Altered cholesterol homeostasis in critical illness-induced muscle weakness: effect of exogenous 3-hydroxybutyrate
Journal/Book	Crit Care
Article type	Studio osservazionale translazionale
Population	Pazienti critici umani (studio EPaNIC) e modelli murini settici
Intervention	Supplementazione con il corpo chetonico 3-idrossibutirrato (3HB)
Comparison	Placebo (somministrazione di glucosio isocalorico)
Primary Outcome	Miglioramento della forza muscolare
Secondary Outcome	Normalizzazione dell'omeostasi del colesterolo nel muscolo
Statement	1.4, 1.5

First Author	Kusadasi N
Publication Year	2017
DOI	PMID: 28956788
Title	The management of critically ill patients with haematological malignancies
Journal/Book	Neth J Med
Article type	Review
Population	Pazienti con neoplasie ematologiche critici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.5, 1.6

First Author	Charkhchi P
Publication Year	2018
DOI	10.1007/s11606-017-4255-z
Title	Housing and Food Insecurity, Care Access, and Health Status Among the Chronically Ill: An Analysis of the Behavioral Risk Factor Surveillance System
Journal/Book	J Gen Intern Med
Article type	Studio retrospettivo
Population	Pazienti terminali in contesti rurali
Intervention	Implementazione del Liverpool Care Pathway
Comparison	Cure standard precedenti all'implementazione del protocollo
Primary Outcome	Miglioramento della comunicazione e della valutazione dei sintomi
Secondary Outcome	Riduzione di indagini invasive (esami del sangue e radiologia)
Statement	6.1, 7.1

First Author	Park J
Publication Year	2021
DOI	10.21037/atm-21-298
Title	Clinical outcomes in patients with lung cancer admitted to intensive care units
Journal/Book	Ann Transl Med
Article type	Articolo in vitro
Population	Pazienti riceventi CAR-T o con tempesta citochinica (COVID-19)
Intervention	PEdELISA microarray digitale con analisi tramite Machine Learning
Comparison	Metodi ELISA tradizionali con lunghi tempi di risposta
Primary Outcome	Profilazione rapida (<40 min) e sensibile di biomarker proteici
Secondary Outcome	Accuratezza 8-10 volte superiore nel conteggio dei segnali digitali
Statement	1.5, 3.4

First Author	Wilkinson AM
Publication Year	2015
DOI	10.1007/s00520-015-2697-6
Title	Evaluating the Liverpool Care Pathway for care of the terminally ill in rural Australia
Journal/Book	Support Care Cancer
Article type	Articolo in vitro
Population	Macrofagi e fibroblasti (modelli di infiammazione e cancro)
Intervention	Analisi della via p38-TSC-mTORC1 che regola il soppressore PDCD4
Comparison	Cellule in assenza di stimolazione o inibizione
Primary Outcome	Definizione dei meccanismi di degradazione proteica del soppressore tumorale
Secondary Outcome	Identificazione di segnali di stress e rilevamento dei nutrienti
Statement	8.1 (Principi di governo clinico e farmacoeconomia)

First Author	Song Y
Publication Year	2021
DOI	10.1016/j.bios.2021.113088
Title	Machine learning-based cytokine microarray digital immunoassay analysis
Journal/Book	Biosens Bioelectron
Article type	Review
Population	Pazienti adulti con sepsi o shock settico in ICU
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.4, 1.5

First Author	Braun C
Publication Year	2021
DOI	10.15698/cst2021.12.260
Title	p38 regulates the tumor suppressor PDCD4 via the TSC-mTORC1 pathway
Journal/Book	Cell Stress
Article type	Systematic Review
Population	Adulti statunitensi con storia di avversità infantili
Intervention	Analisi della frazione attribuibile di popolazione (PAF) per CA
Comparison	Popolazione senza esposizione ad avversità durante l'infanzia
Primary Outcome	Mortalità
Secondary Outcome	Comportamenti insalubri
Statement	8,3

First Author	Obi J
Publication Year	2020
DOI	10.1016/j.jcrc.2019.12.011
Title	Treating sepsis with vitamin C, thiamine, and hydrocortisone: Exploring the quest for the magic elixir
Journal/Book	J Crit Care
Article type	Review
Population	Pazienti con malattie respiratorie (cancro polmone, EPOC) o critici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.8, 8.3

First Author	Grummitt LR
Publication Year	2021
DOI	10.1001/jamapediatrics.2021.2320
Title	Association of Childhood Adversity With Morbidity and Mortality in US Adults: A Systematic Review
Journal/Book	JAMA Pediatr
Article type	Studio osservazionale prospettico
Population	Pazienti settici critici in unità di terapia intensiva
Intervention	Monitoraggio dei fattori emostatici legati all'endotelio
Comparison	Confronto tra remissione clinica e deterioramento della sepsi
Primary Outcome	Identificazione di marker associati all'esito della sepsi
Secondary Outcome	Dimostrazione di un disordine endoteliale persistente anche in guarigione
Statement	1.5, 1.8

First Author	Piedra D
Publication Year	2014
DOI	10.1016/j.arbres.2013.04.009
Title	Text mining and medicine: usefulness in respiratory diseases
Journal/Book	Arch Bronconeumol
Article type	Review
Population	Pazienti con malattie respiratorie (EPOC, asma, cancro polmone) e malati critici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8.3 e Principi di governo clinico e farmacoeconomia

First Author	Vasileiadis I
Publication Year	2018
DOI	10.1111/micc.12500
Title	Variation of endothelium-related hemostatic factors during sepsis
Journal/Book	Microcirculation
Article type	Studio prospettico osservazionale
Population	34 pazienti settici critici ricoverati in ICU
Intervention	Monitoraggio dei fattori emostatici endoteliali (ADAMTS-13, VWF, proteina C)
Comparison	Pazienti con miglioramento clinico (remissione) vs pazienti con deterioramento
Primary Outcome	Dosaggi di Proteina C e di ADAMTS-13
Secondary Outcome	NA
Statement	1.5 e 1.8

First Author	Mayland CR
Publication Year	2013
DOI	10.1038/bjc.2013.203
Title	Does the 'Liverpool Care Pathway' facilitate an improvement in quality of care for dying cancer patients?
Journal/Book	Br J Cancer
Article type	Survey post-bereavement (Proxy-report)
Population	Parenti di 255 pazienti oncologici deceduti in hospice o ospedale terziario
Intervention	Assistenza supportata dal protocollo Liverpool Care Pathway (LCP)
Comparison	Cure ospedaliere standard senza LCP vs cure specialistiche in hospice
Primary Outcome	Percezione dei familiari riguardo alla dignità nel trattamento del paziente e all'adeguatezza del supporto alla famiglia
Secondary Outcome	Soddisfazione per il controllo del dolore, della dispnea e dell'irrequietezza
Statement	6.1 e 6.3

First Author	Sun C
Publication Year	2021
DOI	10.1186/s40635-021-00373-z
Title	Longitudinal multi-omics transition associated with fatality in critically ill COVID-19 patients
Journal/Book	Intensive Care Med Exp
Article type	Studio multiomico longitudinale
Population	33 pazienti COVID-19 gravi/critici (scoperta) e 114 (validazione)
Intervention	Analisi longitudinale di trascrittomica, proteomica, metabolomica e lipidomica
Comparison	Pazienti sopravvissuti vs pazienti deceduti (non-survivors)
Primary Outcome	Identificazione delle transizioni multi-omiche longitudinali associate alla fatalità nei pazienti COVID-19 critici
Secondary Outcome	Validazione del declino di globuli rossi ed emoglobina come marker prognostici infausti
Statement	1.8 e 3.4

First Author	Wahed S
Publication Year	2020
DOI	10.1093/dote/doaa091
Title	Delivering esophago-gastric cancer care during the COVID-19 pandemic in the United Kingdom: a surgical perspective
Journal/Book	Dis Esophagus
Article type	Studio di coorte retrospettivo
Population	191 pazienti con cancro esofago-gastrico in un centro ad alto volume
Intervention	Gestione chirurgica/oncologica adattata durante la pandemia (percorsi "freddi", screening)
Comparison	Percorso chirurgico pre-COVID-19 vs percorso pandemico
Primary Outcome	Valutazione della sicurezza e dell'efficacia della chirurgia curativa durante la pandemia
Secondary Outcome	Tassi di complicazione chirurgica e impatto delle deviazioni dal percorso di stadiazione standard
Statement	2.2 e 2.4

First Author	Washburn ML
Publication Year	2019
DOI	10.4049/jimmunol.1900560
Title	T Cell- and Monocyte-Specific RNA-Sequencing Analysis in Septic and Nonseptic Critically Ill Patients and in Patients with Cancer
Journal/Book	J Immunol
Article type	Studio di ricerca (RNA-seq)
Population	Pazienti settici, critici non settici, con cancro metastatico del colon e sani
Intervention	Sequenziamento dell'RNA di sottopopolazioni purificate (monociti, CD4, CD8)
Comparison	Confronto tra diverse condizioni cliniche (sepsi vs cancro vs sani)
Primary Outcome	Determinazione dell'effetto differenziale della sepsi sull'immunità innata e adattativa a livello trascrizionale
Secondary Outcome	Scoperta di meccanismi immunosoppressivi comuni tra sepsi e cancro metastatico (es. Arg-1, checkpoint PD-1)
Statement	1.4 e 1.7

First Author	Ingels C
Publication Year	2014
DOI	10.1038/pr.2013.180
Title	Lectin pathway of complement activation and relation with clinical complications in critically ill children
Journal/Book	Pediatr Res
Article type	Ricerca clinica (Target gene approach)
Population	700 bambini critici in ICU e 130 controlli sani
Intervention	Livelli proteici della via delle lectine e polimorfismi del gene MASP1
Comparison	Acquisizione di nuove infezioni in ICU vs assenza di infezioni
Primary Outcome	Relazione tra i livelli proteici della via delle lectine e la suscettibilità alle infezioni nosocomiali
Secondary Outcome	Associazione tra bassi livelli di MASP-3 e degenza prolungata in ICU; impatto dei polimorfismi del gene MASP1
Statement	1.8 e 8.1

First Author	Pandya P
Publication Year	2019
DOI	10.1016/j.cellsig.2019.06.005
Title	PICOT (GLRX3) is a positive regulator of stress-induced DNA-damage response
Journal/Book	Cell Signal
Article type	Studio sperimentale in vitro
Population	Neutrofili di donatori sani e pazienti critici
Intervention	Esposizione a stress genotossico (etoposide, radiazioni X)
Comparison	Cellule con normali livelli di PICOT vs PICOT-knockdown
Primary Outcome	Regolazione della risposta al danno del DNA indotta dallo stress tramite la proteina PICOT
Secondary Outcome	Sopravvivenza cellulare sotto stress genotossico e attivazione delle chinasi ATR, Chk1 e Chk2
Statement	8,1

First Author	Wood AJ
Publication Year	2020
DOI	10.1172/jci.insight.137029
Title	C5a impairs phagosomal maturation in the neutrophil through phosphoproteomic remodeling
Journal/Book	JCI Insight
Article type	Studio di fosfoproteomica
Population	Linee cellulari Jurkat T umane (wild type vs PICOT-deficienti)
Intervention	Esposizione all'anafilatossina C5a e S. aureus
Comparison	Neutrofili disfunzionali vs funzionali in pazienti critici
Primary Outcome	Caratterizzazione della risposta fosfoproteomica dei neutrofili e sua perturbazione da parte dell'anafilatossina C5a
Secondary Outcome	Identificazione del difetto di acidificazione fagosomiale come driver di infezioni secondarie e mortalità
Statement	1.4 e 8.1

First Author	Biskup E
Publication Year	2017
DOI	10.4414/smw.2017.14481
Title	Oncological patients in the intensive care unit: prognosis, decision-making, therapies and end-of-life care
Journal/Book	Swiss Med Wkly
Article type	Review
Population	Pazienti oncologici in Terapia Intensiva
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.1, 1.4, 1.5, 1.9

First Author	McNeese NJ
Publication Year	2016
DOI	10.1200/JOP.2016.013672
Title	Team Cognition As a Means to Improve Care Delivery in Critically Ill Patients With Cancer After Hematopoietic Cell Transplantation
Journal/Book	J Oncol Pract
Article type	Case Study/Review
Population	Pazienti critici post-trapianto HSCT
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1.2 e 8.4

First Author	Spyropoulos AC
Publication Year	2020
DOI	10.1055/s-0040-1710326
Title	Prevention of Venous Thromboembolism in Hospitalized Medically Ill Patients: A U.S. Perspective
Journal/Book	Thromb Haemost
Article type	Review/Guidelines
Population	Pazienti ospedalizzati per patologie mediche acute
Intervention	Percorsi clinici per profilassi VTE (modelli Padua/IMPROVE)
Comparison	Approccio standard non formalizzato
Primary Outcome	Riduzione degli eventi di tromboembolismo venoso (VTE)
Secondary Outcome	Valutazione del rischio di sanguinamento e costo-efficacia
Statement	Ogni ospedale deve implementare percorsi formalizzati per la valutazione del rischio e la profilassi del VTE nel paziente oncologico critico

First Author	Lin H
Publication Year	2021
DOI	10.1182/bloodadvances.2021004287
Title	IFN-γ signature in the plasma proteome distinguishes pediatric hemophagocytic lymphohistiocytosis from sepsis and SIRS
Journal/Book	Blood Adv
Article type	Research Article
Population	40 pazienti con HLH e 47 con sepsi grave o SIRS
Intervention	Analisi del proteoma plasmatico e firme IFN-g
Comparison	Controlli sani e diagnosi differenziale incrociata
Primary Outcome	Identificazione di un classificatore proteico (CXCL9 e IL-6) per distinguere HLH da sepsi/SIRS
Secondary Outcome	Dimostrazione che la segnalazione di IFN-g è univocamente elevata in HLH, suggerendo target terapeutici specifici
Statement	In presenza di sindromi iperinfiammatorie complesse, l'ospedale deve garantire l'accesso a biomarcatori specifici per la diagnosi differenziale tempestiva tra sepsi e HLH secondaria.

First Author	Zhang Z
Publication Year	2020
DOI	10.1089/wound.2019.0957
Title	Inhibition of GKN2 Attenuates Acute Gastric Lesions Through the NLRP3 Inflammasome
Journal/Book	Adv Wound Care (New Rochelle)
Article type	Research Article
Population	Modelli murini di lesione gastrica acuta indotta da stress
Intervention	Inibizione della proteina GKN2 e analisi dell'inflammasoma NLRP3
Comparison	Gruppi di controllo vs inibitori molecolari e omeprazolo
Primary Outcome	La proteina GKN2 aggrava le lesioni gastriche da stress attivando l'inflammasoma e il reclutamento di neutrofili
Secondary Outcome	La lesione promossa da GKN2 è risultata indipendente dall'acido gastrico, suggerendo nuovi target oltre i PPI
Statement	I protocolli di gestione del paziente critico devono includere il monitoraggio di meccanismi infiammatori extragastrici per prevenire complicanze emorragiche refrattarie.

First Author	Johnson AC
Publication Year	2014
DOI	10.1159/000363547
Title	Renal cortical pyruvate as a potentially critical mediator of acute kidney injury
Journal/Book	Nephron Clin Pract
Article type	Mini Review / Research
Population	Modelli sperimentali di danno renale acuto (AKI)
Intervention	Somministrazione di piruvato esogeno come agente citoprotettivo
Comparison	Livelli di piruvato e lattato in tessuti sani vs tessuti post-ischemici
Primary Outcome	Livelli di piruvato renale
Secondary Outcome	NA
Statement	La presa in carico del paziente oncologico con AKI deve prevedere strategie di supporto metabolico mirate a ridurre lo stress ossidativo parenchimale

First Author	deAndrés-Galiana EJ
Publication Year	2016
DOI	10.1089/cmb.2016.0008
Title	Design of Biomedical Robots for Phenotype Prediction Problems
Journal/Book	J Comput Biol
Article type	Research Article
Population	Pazienti con CLL, ALS e miosite
Intervention	Utilizzo di algoritmi di ensemble learning (Biomedical Robots)
Comparison	Metodi statistici storici
Primary Outcome	Accuratezza nella predizione del fenotipo e della prognosi
Secondary Outcome	Robustezza del sistema di supporto decisionale contro il rumore dei dati
Statement	Integrazione di sistemi di intelligenza artificiale per ottimizzare la pianificazione delle cure del paziente oncologico

First Author	Siska PJ
Publication Year	2021
DOI	10.1172/JCI148225
Title	Metabolic imbalance of T cells in COVID-19 is hallmarked by basigin and mitigated by dexamethasone
Journal/Book	J Clin Invest
Article type	Research Article
Population	Pazienti con SARS-CoV-2 (gravi e critici)
Intervention	Analisi dell'immunometabolismo e trattamento con desametasone
Comparison	Controlli sani e pazienti critici non-COVID
Primary Outcome	Identificazione della disregolazione metabolica delle cellule T
Secondary Outcome	Mitigazione dell'accumulo di ROS tramite desametasone
Statement	L'organizzazione ospedaliera dovrebbe favorire l'uso di biomarcatori metabolici per il triage dei pazienti con complicanze infettive gravi.

First Author	Osorio JA
Publication Year	2018
DOI	10.3171/2018.2.FOCUS1812
Title	Cost-effectiveness development for the postoperative care of craniotomy patients: a safe transitions pathway in neurological surgery
Journal/Book	Neurosurg Focus
Article type	Pilot Study
Population	Pazienti sottoposti a craniotomia per tumori cerebrali
Intervention	Safe Transitions Pathway (da Sala Op a Reparto di Cure Transizionali invece di TI)
Comparison	Percorso tradizionale (OR-NICU)
Primary Outcome	Riduzione dei costi ospedalieri
Secondary Outcome	Sicurezza del paziente e assenza di riammissioni o complicanze
Statement	3,7

First Author	Tso FY
Publication Year	2018
DOI	10.1371/journal.ppat.1006844
Title	RNA-Seq of Kaposi's sarcoma reveals alterations in glucose and lipid metabolism
Journal/Book	PLoS Pathog
Article type	Research Article
Population	Pazienti africani con Sarcoma di Kaposi epidemico
Intervention	Caratterizzazione del trascritto virale e cellulare tramite RNA-seq
Comparison	Tessuti non cancerosi dello stesso individuo
Primary Outcome	Identificazione di alterazioni metaboliche indotte da KSHV
Secondary Outcome	Scoperta di potenziali biomarcatori diagnostici e terapeutici
Statement	laboratori di patologia clinica dovrebbero collaborare con i team multidisciplinari per l'identificazione di pathway metabolici target

First Author	Goudreault M
Publication Year	2018
DOI	10.1016/j.jpedsurg.2018.02.038
Title	Interventions in the operating room for children near end of life: A multidisciplinary approach
Journal/Book	J Pediatr Surg
Article type	Chart Review
Population	Pazienti pediatrici chirurgici a fine vita
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	6,3

First Author	Dandoy CE
Publication Year	2017
DOI	10.1002/pbc.26513
Title	Team-based approach to identify cardiac toxicity in critically ill hematopoietic stem cell transplant recipients
Journal/Book	Pediatr Blood Cancer
Article type	Research Article
Population	Pazienti HSCT critici ammessi in PICU
Intervention	Screening ecocardiografico strutturato tramite processo multidisciplinare
Comparison	Monitoraggio basato solo su segni clinici/raggi X
Primary Outcome	Rilevamento precoce di anomalie cardiache
Secondary Outcome	Miglioramento della sopravvivenza nei pazienti trattati tempestivamente
Statement	3,3

First Author	Goswami R
Publication Year	2021
DOI	10.1016/j.isci.2021.103412
Title	Oral Hsp90 inhibitor SNX-5422 attenuates SARS-CoV-2 replication and dampens inflammation in airway cells
Journal/Book	iScience
Article type	Research Article
Population	Cellule epiteliali delle vie aeree umane
Intervention	Trattamento precoce con inibitore orale Hsp90 (SNX-5422)
Comparison	Controllo (DMSO)
Primary Outcome	Inibizione della replicazione virale di SARS-CoV-2
Secondary Outcome	Attenuazione delle risposte infiammatorie polmonari
Statement	sviluppo di terapie orali precoci deve essere integrato nei percorsi assistenziali per ridurre le ospedalizzazioni dei pazienti fragili.

First Author	Li Y
Publication Year	2018
DOI	10.1038/s41418-017-0041-z
Title	Type I IFN operates pyroptosis and necroptosis during multidrug-resistant A. baumannii infection
Journal/Book	Cell Death Differ
Article type	Research Article
Population	Modelli cellulari/animali (MDR A. baumannii)
Intervention	Studio del ruolo dell'IFN di tipo I nella difesa dell'ospite
Comparison	Carenza di segnalazione IFNAR
Primary Outcome	Comprensione dei meccanismi di morte cellulare (piroptosi/necroptosi)
Secondary Outcome	Identificazione di target terapeutici per il controllo delle infezioni MDR
Statement	1,4

First Author	Grozdanovic M
Publication Year	2019
DOI	10.1016/j.jaci.2018.05.003
Title	Novel peptide nanoparticle-biased antagonist of CCR3 blocks eosinophil recruitment and airway hyperresponsiveness
Journal/Book	J Allergy Clin Immunol
Article type	Research Article
Population	Eosinofili umani e modelli murini di asma allergico
Intervention	Antagonista peptidico R321 (nanoparticelle) per il recettore CCR3
Comparison	Antagonisti unbiased tradizionali e controlli veicolo
Primary Outcome	R321 inibisce il reclutamento degli eosinofili e l'iperreattività bronchiale senza indurre tolleranza farmacologica
Secondary Outcome	Dimostrazione che l'internalizzazione del recettore indotta da R321 previene l'accumulo superficiale di CCR3, eludendo la resistenza
Statement	8,1

First Author	Watanabe E
Publication Year	2018
DOI	10.1002/ams2.363
Title	Immunoadjuvant therapy in sepsis: novel strategies for immunosuppressive sepsis coming down the pike
Journal/Book	Acute Med Surg
Article type	Mini Review
Population	Pazienti con sepsi e shock settico
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,1

First Author	Apostolidis SA
Publication Year	2022
DOI	10.3389/fimmu.2022.834988
Title	Signaling Through FcγRIIA and the C5a-C5aR Pathway Mediate Platelet Hyperactivation in COVID-19
Journal/Book	Front Immunol
Article type	Research Article
Population	Pazienti COVID-19 ospedalizzati, convalescenti e donatori sani
Intervention	Analisi dell'attivazione piastrinica e proteomica plasmatica
Comparison	Gruppi con diversa gravità clinica vs controlli sani
Primary Outcome	L'attivazione piastrinica basale è elevata nei pazienti gravi e correla con la severità clinica
Secondary Outcome	Identificazione di una firma proteica (VEGFA, NPPC) legata allo stress cardiovascolare
Statement	8,1

First Author	Blechman JA
Publication Year	2013
DOI	10.1089/jpm.2013.0257
Title	Unmet quality indicators for metastatic cancer patients admitted to intensive care unit in the last two weeks of life
Journal/Book	J Palliat Med
Article type	Studio retrospettivo
Population	69 pazienti con cancro metastatico deceduti in TI
Intervention	Valutazione della qualità del fine vita tramite 6 indicatori standard
Comparison	Pazienti con vs senza consulto di cure palliative (PC)
Primary Outcome	Solo il 42% dei pazienti aveva obiettivi di cura documentati in TI
Secondary Outcome	Il consulto PC non ha influenzato significativamente gli indicatori di qualità in questo setting specifico
Statement	6.2 e 6.5

First Author	Kny M
Publication Year	2022
DOI	10.3389/fimmu.2022.878755
Title	Hidden Agenda - The Involvement of Endoplasmic Reticulum Stress and Unfolded Protein Response in Inflammation-Induced Muscle Wasting
Journal/Book	Front Immunol
Article type	Review
Population	Pazienti critici in TI a rischio di debolezza acquisita (ICUAW)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	I percorsi di riabilitazione intensiva devono includere il monitoraggio molecolare e clinico per la prevenzione della sarcopenia da infiammazione.

First Author	Tan YY
Publication Year	2015
DOI	10.1111/jocn.12872
Title	'Rapid discharge': issues for hospital-based nurses in discharging cancer patients home to die
Journal/Book	J Clin Nurs
Article type	Studio qualitativo
Population	14 infermieri di oncologia
Intervention	Gestione del processo di "dimissione terminale" rapida
Comparison	Processi pianificati vs dimissioni d'urgenza
Primary Outcome	Identificazione di barriere emotive e organizzative (mancanza di tempo, carichi di lavoro)
Secondary Outcome	La condivisione di un linguaggio comune sulla dimissione terminale facilita il supporto alla famiglia
Statement	6,6

First Author	Rogel A
Publication Year	2017
DOI	10.1073/pnas.1611299114
Title	Akt signaling is critical for memory CD8(+) T-cell development and tumor immune surveillance
Journal/Book	Proc Natl Acad Sci U S A
Article type	Research Article
Population	Modelli murini di tumore e risposte immunitarie
Intervention	Manipolazione della segnalazione Akt nelle cellule T citotossiche
Comparison	Cellule T con segnalazione Akt difettosa vs wild-type
Primary Outcome	La segnalazione Akt è essenziale per lo sviluppo delle cellule T di memoria
Secondary Outcome	L'inibizione mirata di Akt aumenta la sorveglianza immunitaria contro i tumori
Statement	8,1

First Author	Soones TN
Publication Year	2017
DOI	10.1016/j.jaci.2016.05.043
Title	Pathways linking health literacy, health beliefs, and cognition to medication adherence in older adults with asthma
Journal/Book	J Allergy Clin Immunol
Article type	Studio prospettico osservazionale
Population	433 adulti (60+) con asma persistente
Intervention	Valutazione dell'alfabetizzazione sanitaria (S-TOFHLA) e delle credenze
Comparison	Pazienti con adeguata vs limitata alfabetizzazione sanitaria
Primary Outcome	Le preoccupazioni sui farmaci mediano il legame tra bassa alfabetizzazione e scarsa aderenza
Secondary Outcome	La funzione cognitiva correla strettamente con la capacità di autogestione della terapia
Statement	8,2

First Author	Saxon JA
Publication Year	2016
DOI	10.4049/jimmunol.1501555
Title	p52 Overexpression Increases Epithelial Apoptosis, Enhances Lung Injury, and Reduces Survival after Lipopolysaccharide Treatment
Journal/Book	J Immunol
Article type	Research Article
Population	Modelli murini e campioni polmonari umani di ARDS
Intervention	Sovraespressione della proteina non-canonica NF-κB p52
Comparison	Topi wild-type vs transgenici p52-positivi
Primary Outcome	L'eccesso di p52 aggrava il danno polmonare acuto (ARDS) e aumenta la mortalità
Secondary Outcome	p52 induce l'apoptosi delle cellule epiteliali respiratorie durante lo stress cellulare
Statement	La diagnosi delle complicanze polmonari nel paziente fragile deve integrare lo studio dei pathway non-canonici dell'infiammazione.

First Author	Moy JK
Publication Year	2017
DOI	10.1523/JNEUROSCI.0220-17.2017
Title	The MNK-eIF4E Signaling Axis Contributes to Injury-Induced Nociceptive Plasticity and the Development of Chronic Pain
Journal/Book	J Neurosci
Article type	Research Article
Population	Modelli murini di dolore infiammatorio e neuropatico
Intervention	Inibizione della fosforilazione di eIF4E o del pathway MNK
Comparison	Gruppi di controllo vs mutanti genetici/trattati con inibitori
Primary Outcome	La fosforilazione di eIF4E è necessaria per lo sviluppo della memoria del dolore (plasticità nocicettiva)
Secondary Outcome	Il targeting del pathway MNK-eIF4E previene la transizione al dolore cronico
Statement	3.1 e 7.9

First Author	Wu GJ
Publication Year	2017
DOI	10.1002/jcb.25847
Title	Protection of Dexmedetomidine Against Ischemia/Reperfusion-Induced Apoptotic Insults to Neuronal Cells Occurs Via an Intrinsic Mitochondria-Dependent Pathway
Journal/Book	J Cell Biochem
Article type	Research Article
Population	Linee cellulari neuronali (neuro-2a, NB41A3)
Intervention	Trattamento con Dexmedetomedina
Comparison	Cellule sottoposte a Ischemia/Riperfusione (I/R) senza farmaco
Primary Outcome	La Desmedetomidina protegge i neuroni dai danni da I/R riducendo la morte cellulare
Secondary Outcome	L'effetto neuroprotettivo avviene tramite l'inibizione del pathway intrinseco Bax-caspasi
Statement	1,1

First Author	Hayashi A
Publication Year	2015
DOI	10.1038/mp.2014.104
Title	Calcium-dependent intracellular signal pathways in primary cultured adipocytes and ANK3 gene variation in patients with bipolar disorder and healthy controls
Journal/Book	Mol Psychiatry
Article type	Research Article
Population	35 pazienti con disturbo bipolare e 38 controlli
Intervention	Analisi della reattività dei pathway (PKC, JNK, Myc) in adipociti stimolati
Comparison	Pazienti bipolari vs sani
Primary Outcome	I pazienti mostrano una reattività dei pathway significativamente superiore dopo stimolazione farmacologica
Secondary Outcome	Correlazione tra attività PKC e genotipo di rischio ANK3
Statement	8,1

First Author	Wang JL
Publication Year	2022
DOI	10.12998/wjcc.v10.i2.643
Title	Anesthesia and perioperative management for giant adrenal Ewing's sarcoma with inferior vena cava and right atrium tumor thrombus: A case report
Journal/Book	World J Clin Cases
Article type	Case report
Population	Paziente giovane (20 anni) con sarcoma di Ewing surrenalico gigante (22 cm) e trombo tumorale esteso a VCI e atrio destro
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	2.1, 3.3 e 3.7

First Author	Rosenbaum M
Publication Year	2022
DOI	10.1002/eji.202149355
Title	MALT1 protease function in regulatory T cells induces MYC activity to promote mitochondrial function and cellular expansion
Journal/Book	Eur J Immunol
Article type	Commento
Population	Modelli murini e cellule T umane
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,1

First Author	Rehme C
Publication Year	2022
DOI	10.1007/s11255-021-03073-5
Title	Clinical outcome and quality of life in octogenarian patients with muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder treated with radical cystectomy or transurethral resection of the bladder tumor: a retrospective analysis of 143 patients
Journal/Book	Int Urol Nephrol
Article type	Studio retrospettivo
Population	143 pazienti ottuagenari (80+) con tumore vescicale infiltrante
Intervention	Cistectomia radicale
Comparison	Cistectomia (RC) vs resezione transuretrale (TURBT)
Primary Outcome	La cistectomia migliora significativamente la sopravvivenza specifica per cancro e globale
Secondary Outcome	I pazienti sottoposti a RC riportano una migliore qualità della vita (QoL) a 6 mesi
Statement	2,4

First Author	Ekumi KM
Publication Year	2015
DOI	10.1093/nar/gkv101
Title	Ovarian carcinoma CDK12 mutations misregulate expression of DNA repair genes via deficient formation and function of the Cdk12/CycK complex
Journal/Book	Nucleic Acids Res
Article type	Research Article
Population	Campioni di carcinoma ovarico sieroso ad alto grado (TCGA)
Intervention	Analisi dell'impatto delle mutazioni CDK12 sulla riparazione del DNA
Comparison	CDK12 wild-type vs varianti mutate identificate nei tumori
Primary Outcome	Le mutazioni annullano l'attività chinasica di CDK12 e la riparazione tramite ricombinazione omologa
Secondary Outcome	Deficit di riparazione del DNA aumentano la sensibilità a specifici trattamenti (PARP inibitori)
Statement	8,1

First Author	Rivera
Publication Year	2017
DOI	10.1001/jamaoncol.2017.2450
Title	Trends in Adult Cancer–Related Emergency Department Utilization,
Journal/Book	JAMA Oncol
Article type	Big data analysis
Population	29.5 milioni di visite in Pronto Soccorso (2006-2012)
Intervention	Analisi delle cause di accesso e degli esiti dei pazienti oncologici
Comparison	Visite oncologiche vs non oncologiche
Primary Outcome	Le cause principali di accesso sono polmonite, sepsi e ostruzione intestinale
Secondary Outcome	I pazienti oncologici hanno probabilità di ricovero estremamente elevate (fino a 91 volte per sepsi)
Statement	3.3 e 3.7

First Author	Whitney
Publication Year	2019
DOI	10.1200/JOP.18.00254
Title	Unplanned Hospitalization Among Individuals With Cancer in the Year After Diagnosis,
Journal/Book	J Oncol Pract
Article type	Studio di registro di popolazione - CCR
Population	412.850 pazienti oncologici
Intervention	Valutazione dei tassi di ospedalizzazione non programmata entro 1 anno dalla diagnosi
Comparison	Confronto per sito tumorale e stadio (I-IV)
Primary Outcome	Il 62% dei pazienti subisce almeno un ricovero non programmato nel primo anno
Secondary Outcome	Identificazione di predittori critici: stadio IV (75,7%) e comorbidità elevate
Statement	3,7

First Author	Barbera
Publication Year	2010
DOI	10.1503/cmaj.091187
Title	Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?,
Journal/Book	CMAJ
Article type	Studio di coorte retrospettivo
Population	91.561 pazienti deceduti per cancro in Ontario
Intervention	Analisi delle motivazioni cliniche degli accessi in PS nel fine vita
Comparison	Ultime 2 settimane vs ultimi 6 mesi di vita
Primary Outcome	Sintomi fisici (dispnea 12,4%, dolore 5,1%) sono le cause principali di accesso fatale
Secondary Outcome	L'8,4% delle visite è dovuto all'incapacità dei caregiver di gestire il malato a domicilio
Statement	3.2 e 3.3

First Author	Mayer
Publication Year	2011
DOI	10.1200/JCO.2010.34.2816
Title	Why Do Patients With Cancer Visit Emergency Departments? Results of a 2008 Population Study in North Carolina,
Journal/Book	J Clin Oncol
Article type	Studio epidemiologico di popolazione - NC DETECT
Population	27.644 pazienti con 37.760 accessi in PS
Intervention	Mappatura dei "chief complaints" (lamentele principali) al triage
Comparison	Accessi in orario clinico vs orario non clinico (festivi/notturni)
Primary Outcome	Dolore, febbre e problemi respiratori dominano il quadro degli accessi urgenti
Secondary Outcome	Il 55,1% delle visite avviene durante i fine settimana o orari di chiusura delle cliniche
Statement	3,3

First Author	Numico
Publication Year	2015
DOI	10.1371/journal.pone.0120827
Title	Hospital Admission of Cancer Patients: Avoidable Practice or Necessary Care?,
Journal/Book	PLOS One
Article type	Studio osservazionale prospettico
Population	454 pazienti con 672 ricoveri
Intervention	Analisi della tipologia di ammissione in reparto oncologico
Comparison	Ricoveri programmati vs ricoveri urgenti
Primary Outcome	Il 74,1% dei ricoveri è urgente e determinato per il 79,6% da sintomi non controllati
Secondary Outcome	I ricoveri per sintomi correlano con una mortalità intra-ospedaliera del 30,1%
Statement	3.7 e 4.4

First Author	Lash
Publication Year	2022
DOI	10.1186/s44201-022-00007-4
Title	Recognizing the emergency department's role in oncologic care: a review of the literature on unplanned acute care,
Journal/Book	Epidemiology (Oncologic Emergency Medicine)
Article type	Capitolo di libro
Population	Popolazione oncologica generale
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	3,3

First Author	Leak
Publication Year	2013
DOI	10.1177/1049909112445306
Title	Why Do Cancer Patients Die in the Emergency Department?,
Journal/Book	Am J Hosp Palliat Care
Article type	Studio descrittivo di popolazione
Population	283 decessi oncologici in PS
Intervention	Caratterizzazione clinica dei pazienti che muoiono durante l'accesso in emergenza
Comparison	Pazienti con cancro al polmone vs altri siti
Primary Outcome	Dispnea (31,4%) e sepsi (16,2%) sono le diagnosi terminali più frequenti in PS
Secondary Outcome	Il 71% dei decessi avviene durante il primo accesso in PS dell'anno (mancanza di pianificazione)
Statement	3.2 e 6.6

First Author	OECD Health Policy Studies
Publication Year	2023
DOI	10.1787/722b927a-en
Title	Trends in Adult Cancer–Related Emergency Department Utilization,
Journal/Book	OECD Report / Policy Analysis
Article type	Pagina web
Population	Popolazione in fase terminale nei paesi OECD
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	Le reti di cure palliative devono essere integrate nei modelli di finanziamento ospedaliero per facilitare le dimissioni protette.

First Author	Young
Publication Year	2016
DOI	10.1634/theoncologist.2014-0341
Title	Unplanned Hospitalization Among Individuals With Cancer in the Year After Diagnosis,
Journal/Book	The Oncologist
Article type	Review
Population	Modello UK degli Acute Oncology Services (AOS)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,4

First Author	Hoeve
Publication Year	2020
DOI	10.1186/s13643-020-01498-0
Title	Why do patients with cancer visit the emergency department near the end of life?,
Journal/Book	Syst Rev
Article type	Revisione Sistematica e Meta-analisi
Population	4.786 pazienti in 8 studi selezionati
Intervention	Valutazione dell'impatto dei percorsi clinici (Care Pathways)
Comparison	Percorsi strutturati vs cure usuali/tradizionali
Primary Outcome	Riduzione significativa della durata della degenza (LOS) senza aumentare i tassi di riammissione
Secondary Outcome	Miglioramento della soddisfazione del paziente e riduzione dei costi totali
Statement	3.3 e 3.7

First Author	Rotter
Publication Year	2010
DOI	10.1002/14651858.CD006632.pub2
Title	Why Do Patients With Cancer Visit Emergency Departments? Results of a 2008 Population Study in North Carolina,
Journal/Book	Cochrane Review
Article type	Meta-analisi (Cochrane)
Population	11.398 partecipanti in 27 studi
Intervention	Impatto dei percorsi clinici sugli esiti professionali e clinici
Comparison	Percorsi clinici stand-alone vs cure standard
Primary Outcome	Riduzione del 42% delle complicazioni intra-ospedaliere (OR 0,58)
Secondary Outcome	Miglioramento della documentazione clinica di oltre 11 volte (OR 11,95)
Statement	8,4

First Author	Meert
Publication Year	2021
DOI	10.1007/s00134-021-06508-w
Title	Hospital Admission of Cancer Patients: Avoidable Practice or Necessary Care?,
Journal/Book	Intensive Care Med
Article type	Consensus Conference
Population	Pazienti oncologici critici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1,1

First Author	Soares
Publication Year	2005
DOI	10.1007/s00134-005-2554-z
Title	Recognizing the emergency department's role in oncologic care: a review of the literature on unplanned acute care,
Journal/Book	Intensive Care Med
Article type	Studio di coorte prospettico
Population	772 pazienti oncologici in ICU
Intervention	Indice ACE-27 vs CCI
Comparison	Charlson Comorbidity Index (CCI)
Primary Outcome	Mortalità a 6 mesi (ACE-27 è predatore indipendente)
Secondary Outcome	Mortalità in TI e ospedaliera; impatto della ventilazione meccanica
Statement	1,9

First Author	Azoulay
Publication Year	2011
DOI	10.1186/2110-5820-1-5
Title	Why Do Cancer Patients Die in the Emergency Department?,
Journal/Book	Ann Intensive Care
Article type	Review / Expert Opinion
Population	Pazienti oncologici critici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	1,9

First Author	Kiehl
Publication Year	2018
DOI	10.1007/s00277-018-3312-y
Title	Time for Better Care at the End of Life
Journal/Book	Ann Hematol
Article type	Consensus Statement
Population	Pazienti oncologici ed ematologici
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,3

First Author	Patel VN
Publication Year	2021
DOI	10.4037/AACNACC2021954
Title	Responding to Acute Care Needs of Patients With Cancer: Recent Trends Across Continents,
Journal/Book	
Article type	
Population	
Intervention	
Comparison	
Primary Outcome	
Secondary Outcome	
Statement	3.3 e 3.7

First Author	Zee
Publication Year	2021
DOI	10.1186/s13613-021-00898-2
Title	Effects of oncological care pathways in primary and secondary care on patient, professional and health systems outcomes: a systematic review and meta-analysis,
Journal/Book	Ann Intensive Care
Article type	Studio di coorte retrospettivo
Population	780 pazienti oncologici con richiesta ICU
Intervention	Triage durante on-hours vs off-hours
Comparison	Ammissione immediata vs differita
Primary Outcome	Mortalità a 30 giorni
Secondary Outcome	Mortalità a 1 anno; impatto delle decisioni notturne e nei weekend
Statement	Le decisioni di triage notturne/festive devono essere soggette a revisione diurna per ridurre il rischio di mortalità.

First Author	Schellongowski
Publication Year	2016
DOI	10.1136/esmoopen-2015
Title	Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs,
Journal/Book	
Article type	
Population	
Intervention	
Comparison	
Primary Outcome	
Secondary Outcome	
Statement	1,1

First Author	Hui
Publication Year	2023
DOI	10.3390/cancers15051507
Title	Critically ill cancer patient's resuscitation: a Belgian/French societies' consensus conference,
Journal/Book	Cancers
Article type	Studio di coorte retrospettivo
Population	11.599 pazienti oncologici
Intervention	Programma interdisciplinare "myGOC"
Comparison	Periodo pre-implementazione
Primary Outcome	Mortalità in ICU
Secondary Outcome	Documentazione degli obiettivi di cura e durata della degenza
Statement	6,6

First Author	Boddaert
Publication Year	2024
DOI	10.3390/cancers16040721
Title	Impact of two different comorbidity measures on the 6-month mortality of critically ill cancer patients,
Journal/Book	Cancers
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	2603 pazienti deceduti con tumore
Intervention	Accesso precoce alle cure palliative specialistiche
Comparison	Accesso tardivo o assente
Primary Outcome	Cure inappropriate negli ultimi 30 giorni
Secondary Outcome	Riduzione dei decessi in ospedale
Statement	6,1

First Author	Maltoni
Publication Year	2005
DOI	10.1200/JCO.2005.06.866
Title	Intensive care of the cancer patient: Recent achievements and remaining challenges,
Journal/Book	J Clin Oncol
Article type	Evidence-based Recommendations
Population	Pazienti con tumore avanzato
Intervention	Valutazione CPS e score prognostici
Comparison	Valutazione clinica intuitiva
Primary Outcome	Accuratezza della stima prognostica
Secondary Outcome	Fattori biologici e sintomi clinici
Statement	1,3

First Author	ShimabukuroVornhagen
Publication Year	2016
DOI	10.3322/caac.21351
Title	Consensus statement for cancer patients requiring intensive care support,
Journal/Book	CA Cancer J Clin
Article type	Review
Population	Pazienti oncologici
Intervention	Approccio multidisciplinare e cure intensive precoci
Comparison	Criteri di esclusione storici
Primary Outcome	Sopravvivenza in ICU e ospedaliera
Secondary Outcome	Complicanze post-ICU e impatto economico
Statement	1,4

First Author	Massion
Publication Year	2002
DOI	10.1097/01.CCM.0000030456.11264.EF
Title	Prognosis of hematologic malignancies does not predict intensive care unit mortality
Journal/Book	
Article type	
Population	
Intervention	
Comparison	
Primary Outcome	
Secondary Outcome	
Statement	Le decisioni di triage notturne/festive devono essere soggette a revisione diurna per ridurre il rischio di mortalità.

First Author	Yilmaz
Publication Year	2025
DOI	10.1186/s12873-025-01183-2
Title	Outcome of cancer patients considered for intensive care unit admission in two university hospitals in the Netherlands: the danger of delayed ICU admissions and off-hour triage decisions,
Journal/Book	BMC Emerg Med
Article type	Revisione Sistematica
Population	Pazienti adulti con cancro
Intervention	Analisi della gestione clinica delle emergenze oncologiche
Comparison	NA
Primary Outcome	Identificazione delle emergenze più comuni (infezione, dolore, dispnea, sintomi GI)
Secondary Outcome	Interventi farmacologici (oppioidi, antibiotici) e procedure invasive
Statement	1.4 e 4.3

First Author	Karagiannis
Publication Year	2025
DOI	10.3389/fonc.2024.1508112
Title	Critically ill patients with cancer: chances and limitations of intensive care medicine-a narrative review,
Journal/Book	Front Oncol
Article type	Studio di coorte retrospettivo
Population	167 pazienti in ICU
Intervention	Avvio chemioterapia sistemica in ICU
Comparison	Tumori solidi vs ematologici
Primary Outcome	Sopravvivenza a 1 anno
Secondary Outcome	Dimissioni vive e supporto d'organo
Statement	4,3

First Author	Cullati
Publication Year	2021
DOI	10.3390/jcm10143068
Title	Differential Impact of a Multicomponent Goals-of-Care Program in Patients with Hematologic and Solid Malignancies,
Journal/Book	J Clin Med
Article type	Studio prospettico
Population	201 coppie di medici
Intervention	Analisi dei fattori decisionali
Comparison	N/A
Primary Outcome	Grado di accordo sul triage
Secondary Outcome	Influenza di malattia avanzata e disponibilità letti
Statement	1,3

First Author	Smith
Publication Year	2025
DOI	10.1177/08850666241312621
Title	Association between Inappropriate End-of-Life Cancer Care and Specialist Palliative Care: A Retrospective Observational Study in Two Acute Care Hospitals,
Journal/Book	J Intensive Care Med
Article type	Studio retrospettivo
Population	625 pazienti
Intervention	Analisi di sopravvivenza
Comparison	Shock settico vs sepsi
Primary Outcome	Sopravvivenza a 90 giorni
Secondary Outcome	Sopravvivenza a 1 e 5 anni
Statement	1,4

First Author	Hui
Publication Year	2023
DOI	10.1200/JCO.22.00849
Title	Impact of an Interdisciplinary Goals-of-Care Program Among Medical Inpatients at a Comprehensive Cancer Center During the COVID-19 Pandemic: A Propensity Score Analysis,
Journal/Book	
Article type	
Population	
Intervention	
Comparison	
Primary Outcome	
Secondary Outcome	
Statement	1,4

First Author	2017
Publication Year	10.1016/j.pec.2017.05.012
DOI	How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients,
Title	Patient Educ Couns
Journal/Book	Studio osservazionale
Article type	41 pazienti e 13 oncologi
Population	Analisi comunicazione prognostica
Intervention	Discussione spontanea vs indotta
Comparison	Iniziativa medica nella comunicazione
Primary Outcome	Gestione dell'incertezza
Secondary Outcome	8,2
Statement	Le decisioni di triage notturne/festive devono essere soggette a revisione diurna per ridurre il rischio di mortalità.

First Author	2022
Publication Year	10.1186/s12904-022-01037-9
DOI	Factors influencing terminal cancer patients' autonomous DNR decision: a longitudinal statutory document and clinical database study,
Title	BMC Pall Care
Journal/Book	Studio longitudinale
Article type	1.338 pazienti oncologici con ordine DNR
Population	Analisi firma autonoma DNR-LOI vs firma parenti
Intervention	NA
Comparison	Proporzione decisioni autonome (56,3%)
Primary Outcome	Fattori associati (hospice, medicina famiglia, età)
Secondary Outcome	1.10 e 6.6
Statement	1.4 e 4.3

First Author	Miner
Publication Year	2004
DOI	10.1097/01.sla.0000141707.09312.dd
Title	A Prospective, Symptom Related, Outcomes Analysis of 1022 Palliative Procedures for Advanced Cancer,
Journal/Book	Oncology
Article type	Studio prospettico
Population	823 pazienti
Intervention	Procedure palliative
Comparison	Sintomi pre-procedura
Primary Outcome	Miglioramento dei sintomi
Secondary Outcome	Morbilità e mortalità
Statement	2,4

First Author	Chen
Publication Year	2022
DOI	10.1245/s10434-022-12342-1
Title	Use of Palliative Interventions at End of Life for Advanced Gastrointestinal Cancer,
Journal/Book	Ann Surg Oncol
Article type	Studio di coorte nazionale
Population	142.304 pazienti con tumore GI avanzato
Intervention	Interventi palliativi (chirurgia, RT, CT) a fine vita
Comparison	NA
Primary Outcome	Tasso di utilizzo interventi palliativi (16,5%)
Secondary Outcome	Trend temporali e variazioni sociodemografiche
Statement	6,1

First Author	Cousins
Publication Year	2016
DOI	10.1002/14651858.CD002764.pub2
Title	Surgery for the resolution of symptoms in malignant bowel obstruction in advanced gynaecological and gastrointestinal cancer,
Journal/Book	Cochrane Database of Systematic Reviews
Article type	Revisione Sistematica (Cochrane)
Population	Adulti con ostruzione intestinale maligna da tumori avanzati
Intervention	Chirurgia palliativa per risoluzione sintomi
Comparison	Trattamento non chirurgico
Primary Outcome	Miglioramento dei sintomi (nausea, vomito, dolore, stipsi)
Secondary Outcome	Tassi di ri-ostruzione, morbilità e mortalità postoperatoria
Statement	2,4

First Author	Ronellenfitsch
Publication Year	2021
DOI	10.3390/curroncol28060379
Title	Surgical Oncology: Multidisciplinarity to Improve Cancer Treatment and Outcomes,
Journal/Book	Current Oncology
Article type	Editoriale
Population	Pazienti con tumori solidi (chirurgici)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	8,4

First Author	Juan
Publication Year	2023
DOI	10.1245/s10434-023-14198-5
Title	ASO Author Reflections: Enhancing Palliative Care Delivery: The Potential of Multi-Disciplinary Intervention Teams for Surgical Oncology Patients,
Journal/Book	Annals of Surgical Oncology
Article type	Commento
Population	Pazienti di chirurgia oncologica palliativa
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	6,6

First Author	Soon
Publication Year	2023
DOI	10.1245/s10434-023-14190-z
Title	Implementation of a Multi-Disciplinary Team and Quality of Goals of Care Discussions in Palliative Surgical Oncology Patients,
Journal/Book	Annals of Surgical Oncology
Article type	Studio di coorte prospettico
Population	Pazienti oncologici avanzati sottoposti a interventi palliativi
Intervention	Implementazione del team MD-PALS
Comparison	Periodo pre-implementazione (consulenze ad hoc)
Primary Outcome	Qualità discussioni GOC (punteggio composito a 4 punti)
Secondary Outcome	Numero di consulenze specialistiche e sopravvivenza
Statement	6,6

First Author	Maddalon
Publication Year	2024
DOI	10.1016/j.ejso.2024.108368
Title	Clinical benefits of symptom resolution after palliative surgery in advanced cancer: A single-center experience,
Journal/Book	European Journal of Surgical Oncology
Article type	Studio retrospettivo
Population	Pazienti consecutivi sottoposti a chirurgia palliativa GI
Intervention	Chirurgia palliativa (PS)
Comparison	Baseline clinico standard
Primary Outcome	Risoluzione sintomi (89%) e ritorno a chemioterapia sistemica (SC) (59%)
Secondary Outcome	Sopravvivenza globale (OS) e complicanze maggiori
Statement	2,2

First Author	Miner
Publication Year	2019
DOI	10.1002/jso.25512
Title	Patient selection in palliative surgery: Defining value,
Journal/Book	Journal of Surgical Oncology
Article type	Review
Population	Pazienti candidati a chirurgia palliativa
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	2,4

First Author	Rizzo
Publication Year	2023
DOI	10.3390/cancers15225367
Title	The Role of Endoscopy in the Palliation of Pancreatico-Biliary Cancers: Biliary Drainage, Management of Gastrointestinal Obstruction, and Role in Relief of Oncologic Pain,
Journal/Book	Cancers
Article type	Review
Population	Tumori bilio-pancreatici avanzati (MBO, GOO, dolore)
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	4,3

First Author	Zucchi
Publication Year	2016
DOI	10.1007/s00520-016-3102-9
Title	Decompressive percutaneous endoscopic gastrostomy in advanced cancer patients with small-bowel obstruction is feasible and effective: a large prospective study,
Journal/Book	Supportive Care in Cancer
Article type	Studio di coorte prospettico
Population	Ostruzione del piccolo intestino da tumori GI e ginecologici avanzati
Intervention	Gastrostomia endoscopica decompressiva (dPEG) o digiunostomia (PEJ)
Comparison	Sondino naso-gastrico (NGT) / cure standard precedenti
Primary Outcome	Sollievo da nausea/vomito (77,4%) e miglioramento QoL (SDS score)
Secondary Outcome	Successo del posizionamento (89,8%), complicanze, sopravvivenza
Statement	2,4

First Author	Razak
Publication Year	2023
DOI	10.1016/j.asjsur.2022.02.028
Title	Palliative surgery as a bridge to systemic treatment for malignant bowel obstruction due to peritoneal metastases: A retrospective, case-control study,
Journal/Book	Asian Journal of Surgery
Article type	Studio caso-controllo retrospettivo
Population	Ostruzione intestinale (MBO) da metastasi peritoneali
Intervention	Chirurgia palliativa (PS)
Comparison	Best Supportive Care (BSC)
Primary Outcome	Sopravvivenza globale (OS) (3,9 mesi PS vs 2,6 mesi BSC)
Secondary Outcome	Tolleranza alla chemioterapia post-chirurgica e ripresa dieta
Statement	2,2

First Author	Horvath
Publication Year	2021
DOI	10.1097/ALN.0000000000003947
Title	The Evolution, Current Value, and Future of the American Society of Anesthesiologists Physical Status Classification System,
Journal/Book	Anesthesiology
Article type	Review / Analisi storica
Population	Popolazione chirurgica generale
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	2,3

First Author	Stone
Publication Year	2023
DOI	10.1016/j.esmoop.2023.101195
Title	Prognostic evaluation in patients with advanced cancer in the last months of life: ESMO Clinical Practice Guideline,
Journal/Book	ESMO Open
Article type	Linea guida clinica
Population	Pazienti con tumore avanzato incurabile
Intervention	NA
Comparison	NA
Primary Outcome	NA
Secondary Outcome	NA
Statement	2,4

First Author	Roses
Publication Year	2014
DOI	10.1089/jpm.2013.0235
Title	The Palliative Index: Predicting Outcomes of Emergent Surgery in Patients with Cancer,
Journal/Book	J Palliat Med
Article type	Studio retrospettivo
Population	143 pazienti oncologici
Intervention	Chirurgia d'urgenza
Comparison	AD vs NAD
Primary Outcome	Morbilità e mortalità a 30 gg
Secondary Outcome	Sviluppo Palliative Index
Statement	2,4

First Author	Badgwell
Publication Year	2009
DOI	10.1007/s00520-008-0554-6
Title	Indicators of surgery and survival in oncology inpatients requiring surgical evaluation for palliation,
Journal/Book	Support Care Cancer
Article type	Studio retrospettivo
Population	442 pazienti oncologici
Intervention	Valutazione chirurgica palliativa
Comparison	Chirurgia vs non-operatorio
Primary Outcome	Sopravvivenza globale
Secondary Outcome	Predittori di intervento
Statement	2,4

First Author	Tseng
Publication Year	2011
DOI	10.1097/SLA.0b013e31822513ed
Title	Nomogram to Predict Risk of 30-Day Morbidity and Mortality for Patients With Disseminated Malignancy Undergoing Surgical Intervention,
Journal/Book	Ann Surg
Article type	Analisi statistica
Population	7.447 pazienti con neoplasia disseminata
Intervention	Nomogrammi predittivi
Comparison	Chirurgia elettiva vs urgente
Primary Outcome	Rischio a 30 gg
Secondary Outcome	Ruolo di età, DNR, albumina
Statement	2,4

First Author	Folkert
Publication Year	2016
DOI	10.1002/jso.24303
Title	Value in palliative cancer surgery: A critical assessment,
Journal/Book	J Surg Oncol
Article type	Review critica
Population	Pazienti oncologici avanzati
Intervention	Chirurgia palliativa
Comparison	Strategie non-operative
Primary Outcome	Definizione di "valore"
Secondary Outcome	Gestione complicanze
Statement	2,4

First Author	Bravington
Publication Year	2022
DOI	10.1177/02692163221122352
Title	The range and suitability of outcome measures used in the assessment of palliative treatment for inoperable malignant bowel obstruction: A systematic review,
Journal/Book	Palliative Medicine
Article type	Revisione sistematica
Population	Pazienti con MBO inoperabile
Intervention	Cure palliative
Comparison	N/A
Primary Outcome	Identificazione outcome
Secondary Outcome	QoL, eventi avversi
Statement	2,4

First Author	Helyer
Publication Year	2007
DOI	10.1245/s10434-006-9303-6
Title	Surgery as a Bridge to Palliative Chemotherapy in Patients with Malignant Bowel Obstruction from Colorectal Cancer,
Journal/Book	Ann Surg Oncol
Article type	Studio retrospettivo
Population	MBO da CRC
Intervention	Chirurgia palliativa
Comparison	Chirurgia ± CT
Primary Outcome	Ripresa alimentazione
Secondary Outcome	OS migliorata con CT
Statement	2,2

First Author	Collins
Publication Year	2013
DOI	10.1002/jso.23215
Title	Patient reasoning in palliative surgical oncology,
Journal/Book	J Surg Oncol
Article type	Studio osservazionale
Population	98 pazienti
Intervention	Colloqui decisionali
Comparison	Chirurgici vs non
Primary Outcome	Motivazioni decisionali
Secondary Outcome	Ruolo del medico
Statement	2,5

First Author	Miner
Publication Year	2012
DOI	10.1016/j.anclin.2011.11.004
Title	Communication as a Core Skill of Palliative Surgical Care,
Journal/Book	Anesth Clin
Article type	Expert opinion
Population	Team multidisciplinari
Intervention	Comunicazione strutturata
Comparison	Comunicazione standard
Primary Outcome	Modello comunicativo
Secondary Outcome	Formazione medici
Statement	2,7

First Author	Miner
Publication Year	2011
DOI	10.1001/archsurg.2011.92
Title	The Palliative Triangle,
Journal/Book	Arch Surg
Article type	Studio prospettico
Population	227 pazienti
Intervention	Selezione secondo PT
Comparison	Selezionati vs no
Primary Outcome	Risoluzione sintomi
Secondary Outcome	Morbilità e mortalità
Statement	2,5

First Author	Vidri
Publication Year	2015
DOI	10.3978/j.issn.2224-5820.2015.10.01
Title	American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program as a quality-measurement tool for advanced cancer patients,
Journal/Book	Ann Palliat Med
Article type	Studio retrospettivo
Population	138 pazienti
Intervention	Analisi database
Comparison	Palliativo vs no
Primary Outcome	OS
Secondary Outcome	Limiti outcome 30 gg
Statement	2,8

First Author	Wong
Publication Year	2022
DOI	10.1097/AS9.0000000000000206
Title	Trajectories of Patient-Reported Outcomes After Palliative Gastrointestinal Surgery in Advanced Cancer,
Journal/Book	Ann Surg Open
Article type	Studio prospettico
Population	65 pazienti
Intervention	Chirurgia GI palliativa
Comparison	Baseline vs follow-up
Primary Outcome	QoL
Secondary Outcome	Durata beneficio
Statement	2,8

First Author	Bosscher
Publication Year	2014
DOI	10.1016/j.ctrv.2014.05.005
Title	Surgical emergencies in oncology,
Journal/Book	Cancer Treat Rev
Article type	Review
Population	Pazienti oncologici in ER
Intervention	Gestione emergenze
Comparison	Conservativo vs invasivo
Primary Outcome	Sintesi emergenze
Secondary Outcome	Ruolo delle volontà
Statement	2,6

First Author	Cooper
Publication Year	2016
DOI	10.1097/SLA.0000000000001491
Title	Recommendations for Best Communication Practices to Facilitate Goal-concordant Care for Seriously Ill Older Patients With Emergency Surgical Conditions,
Journal/Book	Annals of surgery
Article type	Guidelines /Consensus
Population	Paziente anziano con emergenza chirurgica
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2

First Author	Singer
Publication Year	2019
DOI	10.1016/j.suc.2019.06.006
Title	Perioperative Advance Directives: Do Not Resuscitate in the Operating Room,
Journal/Book	Surg Clin North Am
Article type	Revisione Narrativa
Population	Emergenze nel paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2

First Author	Kodadek
Publication Year	2025
DOI	10.1136/tsaco-2024-001616
Title	Primary palliative care in acute care surgery: an American Association for the Surgery of Trauma Critical Care Committee and Palliative Care Committee clinical consensus document,
Journal/Book	BMJ Surgical Research Journal
Article type	Consensus
Population	Emergenze nel paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2

First Author	Gilligan
Publication Year	2017
DOI	10.1200/JCO.2017.75.2311
Title	Patient-Clinician Communication: American Society of Clinical Oncology Consensus Guideline,
Journal/Book	J Clin Oncol
Article type	Consensus
Population	Paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1,2 e 6

First Author	Lange
Publication Year	2024
DOI	10.1136/bmjopen-2023-082677
Title	Clinical practice guidelines for person-centred handover practices in emergency departments: a scoping review,
Journal/Book	
Article type	Revisione di scoping
Population	Gestione urgenza nel Paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2, 3, 6

First Author	Cox
Publication Year	2011
DOI	10.1186/1472-684X-10-18
Title	Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale
Population	Gestione del fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Applicazione delle cure di fine vita
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1,2 e 8

First Author	Alsirafy
Publication Year	2016
DOI	10.1177/1049909115581819
Title	Emergency Department Visits at the End of Life of Patients With Terminal Cancer,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale
Population	Paziente oncologi terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Frequenti visite al pronto soccorso
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1,2 e 8

First Author	Teunissen
Publication Year	2007
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2006.10.015
Title	Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review,
Journal/Book	
Article type	Revisione sistematica
Population	50 studi inclusi; 27.000 pazienti
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Sintomi prevalenti nel paziente terminale
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	3, 4 e 8

First Author	Rathi
Publication Year	2019
DOI	10.1016/j.jcrc.2019.05.012
Title	Variability in triage practices for critically ill cancer patients: A randomized controlled trial,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	Paziente oncologico critico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Accessi in PS
Secondary Outcome	Sintomatologia secondaria
Statement	1, 3 e 4

First Author	Bekelman
Publication Year	2016
DOI	10.1001/jama.2015.18603
Title	Comparison of Site of Death, Health Care Utilization, and Hospital Expenditures for Patients Dying With Cancer in 7 Developed Countries,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale Retrospettivo di coorte
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Luogo del decesso, utilizzo dell'assistenza sanitaria e spese ospedaliere
Secondary Outcome	Decessi negli ospedali per acuti, 3 misure di degenza (ricoveri ospedalieri in ospedali per acuti, ricoveri in unità di terapia intensiva e visite al pronto soccorso), 1 misura ambulatoriale (episodi di chemioterapia)
Statement	1, 3 e 4

First Author	Wallace
Publication Year	2013
DOI	10.1177/1049909112447285
Title	Why do Palliative Care Patients Present to the Emergency Department? Avoidable or Unavoidable?,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale Retrospettivo
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Motivi di ricovero
Secondary Outcome	Sintomatologia secondaria
Statement	1, 3, 4 e 6

First Author	Henson
Publication Year	2018
DOI	10.1177/0269216317713428
Title	What factors influence emergency department visits by patients with cancer at the end of life? Analysis of a 124,030 patient cohort,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale Retrospettivo
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Motivi di accesso
Secondary Outcome	Fattori socio-demografici
Statement	1, 3 , 4 e 6

First Author	Chen
Publication Year	2019
DOI	10.1371/journal.pone.0216430
Title	An integrated understanding of the complex drivers of emergency presentations and admissions in cancer patients: Qualitative modelling of secondary-care health professionals' experiences and views,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale Prospettico
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Capacità dei pazienti e di chi li assiste di prendersi cura di sé e di reagire.
Secondary Outcome	Capacità dei pazienti e dei loro assistenti di utilizzare servizi appropriati
Statement	3, 4 e 6

First Author	Selby
Publication Year	2019
DOI	10.1200/EDBK_236857
Title	The Value and Future Developments of Multidisciplinary Team Cancer Care,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2, 3 e 6

First Author	Hilton
Publication Year	2013
DOI	10.1186/cc11856
Title	Clinical review: The role of the intensivist and the rapid response team in nosocomial end-of-life care,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Urgenza nel Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1,2, 3, 7 e 8

First Author	Soukup
Publication Year	2020
DOI	10.1002/cam4.3366
Title	A multicentre cross-sectional observational study of cancer multidisciplinary teams: Analysis of team decision making,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale trasversale
Population	Paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Management del paziente oncologico
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 5

First Author	Verhoef
Publication Year	2020
DOI	10.1007/s00520-019-04906-x
Title	Palliative care needs of advanced cancer patients in the emergency department at the end of life: an observational cohort study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservaziona di coorte
Population	Paziente oncologico con malattia avanzata
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Dispnea, dolori
Secondary Outcome	Sintomatologia secondaria
Statement	3, 4 e 5

First Author	Simmons
Publication Year	2017
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2016.12.330
Title	Prognostic Tools in Patients With Advanced Cancer: A Systematic Review,
Journal/Book	
Article type	Revisione sistematica
Population	49 studi inclusi
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Palliative Performance Scal
Secondary Outcome	Palliative Prognostic Score; Palliative Prognostic Index
Statement	3, 4 e 5

First Author	Miyagi
Publication Year	2021
DOI	10.1007/s00520-020-05937-5
Title	Prognostic model for patients with advanced cancer using a combination of routine blood test values,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale retrospettivo
Population	225 pazienti affetti da cancro in fase avanzata
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Esami ematochimici
Secondary Outcome	Palliative Prognostic Score; Palliative Prognostic Index
Statement	3, 4 e 5

First Author	Taylor
Publication Year	2021
DOI	10.1002/cam4.3719
Title	A multi-method evaluation of the implementation of a cancer teamwork assessment and feedback improvement programme (MDT-FIT) across a large integrated cancer system,
Journal/Book	
Article type	Studio Osservazionale Retrospettivo
Population	Interviste / Survey
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Sintomi prevalenti nel paziente oncologico
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 5

First Author	Soukup
Publication Year	2018
DOI	10.2147/JMDH.S117945
Title	Successful strategies in implementing a multidisciplinary team working in the care of patients with cancer: An overview and synthesis of the available literature,
Journal/Book	
Article type	Revisione sistematica
Population	Gestione del paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Informazioni di base sui team multidisciplinari nella cura del cancro.
Secondary Outcome	Indicatori chiave di prestazione dei team efficaci e delle loro riunioni.
Statement	3, 4 e 5

First Author	Mack
Publication Year	2010
DOI	10.1200/JCO.2009.25.4672
Title	End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale longitudinale di coorte
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Preferenze di trattamento; Trattamento EOL ricevuto; Ricezione di cure coerenti con le preferenze.
Secondary Outcome	Qualità della vita e sofferenza; Sopravvivenza.
Statement	3, 7 e 8

First Author	Bolmsjö
Publication Year	2007
DOI	10.1177/1049909107300213
Title	From Cure to Palliation: Agreement, Timing, and Decision Making Within the Staff,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo.
Population	Paziente oncologico terminale
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Gestione del paziente oncologico
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	3, 7 e 8

First Author	Loh
Publication Year	2022
DOI	10.1001/jamanetworkopen.2022.0018
Title	Association of Prognostic Understanding with Health Care Use among Older Adults with Advanced Cancer: A Secondary Analysis of a Cluster Randomized Clinical Trial,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	541 pazienti oncologici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	curabilità del cancro e aspettativa di vita
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	1, 3, 7, 8

First Author	Liu
Publication Year	2014
DOI	10.1089/jpm.2013.0460
Title	Physicians' Propensity To Discuss Prognosis Is Associated with Patients' Awareness of Prognosis for Metastatic Cancers,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	10.000 pazienti con cancro del colon-retto
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	tempistica della prognosi
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	1, 3, 6, 7

First Author	Cherny
Publication Year	2025
DOI	10.1016/j.esmoop.2024.104099
Title	A taxonomy of the factors contributing to the overtreatment of cancer patients at the end of life. What is the problem? Why does it happen? How can it be addressed?,
Journal/Book	
Article type	Revisione Narrativa
Population	Paziente oncologico
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 3 e 4

First Author	Bruera
Publication Year	2020
DOI	10.1200/JCO.18.02123
Title	Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer,
Journal/Book	
Article type	
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 6

First Author	Dumas
Publication Year	2023
DOI	10.1007/s00134-023-06988-y
Title	Five new realities in critical care for patients with cancer,
Journal/Book	
Article type	Lettera all'Editore
Population	Paziente oncologico che necessita di cure intensive
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 6

First Author	Borcoman
Publication Year	2020
DOI	10.1016/j.jcrc.2020.01.027
Title	One-year survival in patients with solid tumours discharged alive from the intensive care unit after unplanned admission: A retrospective study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	622 pazienti con tumori solidi ricoverati in terapia intensiva
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 5

First Author	Vigneron
Publication Year	2021
DOI	10.1016/j.chest.2021.04.056
Title	Short-term and Long-term Outcomes of Patients With Lung Cancer and Life-Threatening Complications,
Journal/Book	
Article type	Lettera all'Editore
Population	Pazienti affetti da cancro ai polmoni
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 5

First Author	Elsayem
Publication Year	2004
DOI	10.1200/JCO.2004.11.003
Title	Palliative Care Inpatient Service in a Comprehensive Cancer Center: Clinical and Financial Outcomes,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	33 pazienti sottoposti a cure palliative
Intervention	Cure palliative
Comparison	Nessuno
Primary Outcome	Sintomi di riferimento: dolore, nausea, fatica, dispnea
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4 e 5

First Author	Chang
Publication Year	2021
DOI	10.3390/ijerph18178992
Title	Inpatient Hospice Palliative Care Unit and Palliative Consultation Service Enhance Comprehensive Quality of Life Outcomes in Terminally Ill Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico longitudinale
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Caratteristiche del paziente, indice prognostico palliativo (PPI), Memorial Symptom Assessment Scale Short Form (MSAS-SF)T
Secondary Outcome	Inventario completo dei risultati sulla qualità della vita (CoQoLo)
Statement	5

First Author	Modonesi
Publication Year	2005
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2005.04.007
Title	Impact of Palliative Care Unit Admission on Symptom Control Evaluated by the Edmonton Symptom Assessment System,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale descrittivo prospettico
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Cure palliative
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	VAS, NRS, ESAS
Secondary Outcome	Symptom Distress Score (SDS).
Statement	5

First Author	Shin
Publication Year	2014
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2013.07.015
Title	Characteristics and Outcomes of Patients Admitted to the Acute Palliative Care Unit From the Emergency Center,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo di coorte
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Cure palliative
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Sintomatologia
Secondary Outcome	Tasso di sopravvivenza
Statement	5, 6 e 7

First Author	Hui
Publication Year	2010
DOI	10.1089/jpm.2009.0166
Title	Discharge Outcomes and Survival of Patients with Advanced Cancer Admitted to an Acute Palliative Care Unit at a Comprehensive Cancer Center,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo.
Population	2568 pazienti sottoposti a cure palliative
Intervention	Cure palliative
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Dimissione a domicilio
Secondary Outcome	Tasso di Sopravvivenza
Statement	5, 6 e 7

First Author	Eti
Publication Year	2014
DOI	10.1177/1049909113489164
Title	Outcomes of the Acute Palliative Care Unit in an Academic Medical Center,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo.
Population	1837 pazienti sottoposti a cure palliative
Intervention	Cure palliative
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	durata della degenza ospedaliera (LOS), stato di dimissione e dati sulle spese ospedaliere
Secondary Outcome	dati demografici, gruppi correlati alla diagnosi (DRG),
Statement	5, 6 e 7

First Author	Azoulay
Publication Year	2014
DOI	10.1007/s00134-014-3354-0
Title	Acute respiratory distress syndrome in patients with malignancies,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	1004 pazienti oncologici che sviluppano ARDS
Intervention	Cure palliative
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	SOFA Score all'ammissione, Infezioni
Secondary Outcome	Fallimento NIV, Mortalità
Statement	4, 5 e 6

First Author	Bos
Publication Year	2015
DOI	10.1002/cam4.430
Title	Intensive care admission of cancer patients: a comparative analysis,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico
Population	pazienti adulti con diagnosi di cancro registrati tra il 1° gennaio 2006 e il 1° gennaio 2011 in quattro ospedali nei Paesi Bassi.
Intervention	Ammissione in ICU
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Sopravvivenza dopo il ricovero in terapia intensiva
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	4, 5 e 6

First Author	OBrien
Publication Year	2009
DOI	10.1186/cc7926
Title	Results from the national sepsis practice survey: predictions about mortality and morbidity and recommendations for limitation of care orders,
Journal/Book	
Article type	Survey
Population	Membri della Critical Care Assembly dell'American Thoracic Society con un indirizzo postale negli Stati Uniti
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Probabilità prevista di mortalità ospedaliera di base
Secondary Outcome	Management ospedaliero
Statement	4, 5 e 6

First Author	Taccone
Publication Year	2009
DOI	10.1186/cc7713
Title	Characteristics and outcomes of cancer patients in European ICUs,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale multicentrico di coorte
Population	3147 pazienti oncologici
Intervention	Pazienti oncologici
Comparison	Pazienti non oncologici
Primary Outcome	Disfunzione d'organo
Secondary Outcome	Mortalità
Statement	4, 5 e 6

First Author	Martos-Benítez
Publication Year	2020
DOI	10.5306/wjco.v11.i10.809
Title	Critically ill patients with cancer: A clinical perspective,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici critici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	4, 5 e 6

First Author	Hillman
Publication Year	2002
DOI	10.1097/00075198-200212000-00019
Title	Critical care without walls,
Journal/Book	
Article type	Commentary
Population	Pazienti oncologici critici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	4, 5 e 6

First Author	Mermiri
Publication Year	2021
DOI	10.4266/acc.2020.00521
Title	Critical emergency medicine and the resuscitative care unit,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici critici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	4, 5 e 6

First Author	Jones
Publication Year	2012
DOI	10.1097/CCM.0b013e31822e9d50
Title	The role of the medical emergency team in end-of-life care,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale descrittivo multicentrico
Population	Cinquecentodiciotto pazienti che hanno ricevuto una chiamata al pronto soccorso medico nell'arco di un mese.
Intervention	Limitazione alla terapia medica
Comparison	Non limitazione alla terapia medica
Primary Outcome	Visita del team di emergenza
Secondary Outcome	Mortalità
Statement	4, 5 e 6

First Author	Smith
Publication Year	2014
DOI	10.1097/CCM.0b013e3182a27413
Title	The Medical Emergency Team Call,
Journal/Book	
Article type	Revisione retrospettiva delle cartelle cliniche.
Population	Pazienti che necessitano di una chiamata al pronto soccorso.
Intervention	Nessuno
Comparison	Nessuno
Primary Outcome	Mortalità
Secondary Outcome	Permanenza in Ospedale
Statement	4, 5 e 6

First Author	Kim
Publication Year	2020
DOI	10.1177/1049909120927372
Title	Role of the Rapid Response System in End-of-Life Care Decisions,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale
Population	Pazienti oncologici terminali
Intervention	Procedure di fine vita
Comparison	Procedure di fine vita
Primary Outcome	Decisioni sulle cure di fine vita (EOLC)
Secondary Outcome	Meccanismo del processo decisionale dell'EOLC
Statement	4, 5 e 6

First Author	Kwong
Publication Year	2021
DOI	10.1155/2021/4937241
Title	An Exploratory Investigation into the Roles of Critical Care Response Teams in End-of-Life Care,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale / Interviste
Population	Personale sanitario
Intervention	Nessuno
Comparison	Nessuno
Primary Outcome	Nessuno
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	4, 5 e 6

First Author	Mohr
Publication Year	2020
DOI	10.1097/CCM.0000000000004385
Title	Boarding of Critically Ill Patients in the Emergency Department,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti critici nel dipartimento di emergenza
Intervention	Nessuno
Comparison	Nessuno
Primary Outcome	Modello di assistenza al paziente
Secondary Outcome	Modello di personale
Statement	4, 5 e 6

First Author	Urso
Publication Year	2025
DOI	10.1186/s44158-025-00262-x
Title	Critical emergency medicine unit: a new model to mitigate critically ill patient boarding in emergency department,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	Pazienti critici nel dipartimento di emergenza
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Tasso di ricovero al pronto soccorso e impatto del tempo di ricovero sulla mortalità.
Secondary Outcome	Mortalità osservata a 28 giorni; mortalità prevista dal Simplified Acute Physiology Score (SAPS II).
Statement	3, 4, 5, 6

First Author	Nelson
Publication Year	2015
DOI	10.1378/chest.14-0993
Title	Integration of Palliative Care in the Context of Rapid Response,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico con ncecessità di cure palliativ
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4, 5, 7, 8

First Author	Luca
Publication Year	2022
DOI	10.3390/healthcare10030486
Title	Caring for Patients in Need of Palliative Care: Is This a Mission for Acute Care Hospitals? Key Questions for Healthcare Professionals,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico con ncecessità di cure palliativ
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4, 5, 7, 8

First Author	Bruera
Publication Year	2020
DOI	10.1200/JCO.18.02123
Title	Models of Palliative Care Delivery for Patients With Cancer,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico con ncecessità di cure palliativ
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	3, 4, 5, 7, 8

First Author	Back
Publication Year	2007
DOI	10.1001/archinte.167.5.453
Title	Efficacy of Communication Skills Training for Giving Bad News and Discussing Transitions to Palliative Care,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale / Interviste
Population	Personale sanitario
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Capacità comunicative osservabili dei partecipanti, misurate durante incontri standardizzati con i pazienti prima e dopo il workshop, nel dare cattive notizie e nel discutere le transizioni alle cure palliative.
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2, 5, 7, 8

First Author	Edwards
Publication Year	2017
DOI	10.1007/s00134-016-4481-6
Title	Ten key points about ICU palliative care,
Journal/Book	
Article type	Commentary
Population	Paziente oncologico con ncecessità di cure palliativ
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2, 5, 7, 8

First Author	Grudzen
Publication Year	2022
DOI	10.1186/s44201-022-00010-9
Title	Palliative care models for patients living with advanced cancer: a narrative review for the emergency department clinician,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico con ncecessità di cure palliativ
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1, 2, 5, 7, 8

First Author	Hui
Publication Year	2023
DOI	10.1007/s11864-022-01044-1
Title	Personalizing the Setting of Palliative Care Delivery for Patients with Advanced Cancer: 'Care Anywhere, Anytime,'
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	1,2,5,7,8

First Author	Humphreys
Publication Year	2014
DOI	10.1136/bmj.g2043
Title	When and how to treat patients who refuse treatment,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico che rifiuta il trattamento
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Ferrell
Publication Year	2017
DOI	10.1200/JCO.2016.70.1474
Title	Integration of palliative care into standard oncology care: American society of clinical oncology clinical practice guideline update,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Jordan
Publication Year	2018
DOI	10.1093/annonc/mdx757
Title	European Society for Medical Oncology (ESMO) position paper on supportive and palliative care,
Journal/Book	
Article type	Position Paper
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Nelson
Publication Year	2013
DOI	10.1097/CCM.0b013e31828cf12c
Title	Choosing and Using Screening Criteria for Palliative Care Consultation in the ICU,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6

First Author	Kaasa
Publication Year	2018
DOI	10.1016/S1470-2045(18)30415-7
Title	Integration of oncology and palliative care: a Lancet Oncology Commission,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Mosenthal
Publication Year	2012
DOI	10.1097/CCM.0b013e31823bc8e7
Title	Integrating palliative care in the surgical and trauma intensive care unit,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Aslakson
Publication Year	2014
DOI	10.1097/CCM.0000000000000573
Title	The Changing Role of Palliative Care in the ICU,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Nelson
Publication Year	2010
DOI	10.1097/CCM.0b013e3181e8ad23
Title	Models for structuring a clinical initiative to enhance palliative care in the intensive care unit: A report from the IPAL-ICU Project (Improving Palliative Care in the ICU)*,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Esteban
Publication Year	2013
DOI	10.1164/rccm.201212-2169OC
Title	Evolution of Mortality over Time in Patients Receiving Mechanical Ventilation,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	18302 pazienti sottoposti a VAM
Intervention	VAM
Comparison	VAM
Primary Outcome	Gruppo di coorte del 1998
Secondary Outcome	Gruppo di coorte del 2004 e del 2010
Statement	5,6

First Author	Curtis
Publication Year	2011
DOI	10.1164/rccm.201006-1004OC
Title	Effect of a Quality-Improvement Intervention on End-of-Life Care in the Intensive Care Unit,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	2318 pazienti sottoposti a cure di fine vita in ICU
Intervention	Cure di fine vita
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Valutazione delle famiglie sulla qualità del morire e la soddisfazione delle famiglie per l'assistenza.
Secondary Outcome	Durata della degenza in terapia intensiva, tempo di sospensione della ventilazione meccanica e nove elementi di cure palliative basati su cartelle cliniche
Statement	5,6

First Author	Abernethy
Publication Year	2013
DOI	10.1056/NEJMp1215620
Title	Generalist plus Specialist Palliative Care — Creating a More Sustainable Model,
Journal/Book	
Article type	Commentary
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative.
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Kesecioglu
Publication Year	2024
DOI	10.1007/s00134-024-07579-1
Title	European Society of Intensive Care Medicine guidelines on end of life and palliative care in the intensive care unit,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida.
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative e cure di fine vita in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6

First Author	Aslakson
Publication Year	2023
DOI	10.1001/jamanetworkopen.2023.14660
Title	Effect of Perioperative Palliative Care on Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Surgery for Cancer,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	356 pazienti oncologici sottoposti a cure palliative.
Intervention	Gruppo di pazienti sottoposti a co-gestione chirurgo-palliativista
Comparison	Gruppo di pazienti gestiti solo dal chirurgo
Primary Outcome	Qualità della vita correlata alla salute riferita dal paziente a 3 mesi dall'operazione
Secondary Outcome	disagio mentale e fisico riferito dal paziente.
Statement	5,6,7,8

First Author	Shinall
Publication Year	2023
DOI	10.1001/jamasurg.2023.1396
Title	Effects of Specialist Palliative Care for Patients Undergoing Major Abdominal Surgery for Cancer,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	35 adulti sottoposti a interventi chirurgici addominali non palliativi per cancro
Intervention	Consulenza preoperatoria con specialisti in cure palliative
Comparison	Follow-up postoperatorio di cure palliative in regime di ricovero e ambulatoriale per 90 giorni.
Primary Outcome	Qualità della vita fisica e funzionale (QoL) al giorno postoperatorio (POD) 90, misurata dall'indice di esito dello studio di valutazione funzionale della terapia del cancro - generale (FACT-G) (TOI)
Secondary Outcome	Qualità della vita complessiva al POD 90 misurata tramite FACT-G, i giorni di vita a casa fino al POD 90 e la sopravvivenza complessiva a 1 anno.
Statement	5,6,7,8

First Author	Bansal
Publication Year	2023
DOI	10.1001/jamanetworkopen.2023.41928
Title	Early Integrated Palliative Care Within a Surgical Oncology Clinic,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	Pazienti adulti sottoposti a chirurgia elettiva per tumori maligni avanzati dei tessuti molli e dell'addome
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Designazione e documentazione AD
Secondary Outcome	Data dell'intervento chirurgico, sopravvivenza globale (OS).
Statement	5,6

First Author	Benguerfi
Publication Year	2024
DOI	10.1186/s13613-024-01366-3
Title	Factors associated with cancer treatment resumption after ICU stay in patients with solid tumors,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	219 pazienti oncologici ricoverati in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	fattori associati alla ripresa del trattamento del cancro dopo la degenza in terapia intensiva nei pazienti oncologici.
Secondary Outcome	impatto del trattamento del cancro sull'esito a lungo termine dei pazienti oncologici dopo la degenza in terapia intensiva.
Statement	5,6

First Author	Silva
Publication Year	2024
DOI	10.62675/2965-2774.20240149-en
Title	Differences in the relative importance of predictors of short- and long-term mortality among critically ill patients with cancer,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo di coorte
Population	3592 pazienti affetti da cancro con ricovero non programmato in terapia intensiva
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Fattori predittori di mortalità nei pazienti oncologici ricoverati in terapia intensiva
Secondary Outcome	mortalità a 28, 90 e 360 giorni dopo il ricovero in terapia intensiva
Statement	5,6 e 7

First Author	Herreros
Publication Year	2024
DOI	10.3390/diagnostics14070730
Title	Characterisation and Outcomes of Patients with Solid Organ Malignancies Admitted to the Intensive Care Unit: Mortality and Impact on Functional Status and Oncological Treatment,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	Tutti i pazienti con tumori di organi solidi di età pari o superiore a 18 anni ricoverati in terapia intensiva in modo non elettivo nel corso del 2019
Intervention	ICU admission
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Causa principale di ricovero in terapia intensiva;
Secondary Outcome	Scale della terapia intensiva al momento del ricovero; necessità di terapia intensiva durante il ricovero.
Statement	5,6 e 7

First Author	Block
Publication Year	2014
DOI	10.1001/jamainternmed.2014.5271
Title	Communication About Serious Illness Care Goals,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti adulti sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6 e 7

First Author	Rietjens
Publication Year	2017
DOI	10.1016/S1470-2045(17)30582-X
Title	Definition and recommendations for advance care planning: an international consensus supported by the European Association for Palliative Care,
Journal/Book	
Article type	Consensus
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative.
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6 e 7

First Author	Sinuff
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2014.12.007
Title	Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators,
Journal/Book	
Article type	Consensus / Studio Osservazionale
Population	Paziente oncologico sottoposto a cure palliative.
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6 e 7

First Author	Detering
Publication Year	2010
DOI	10.1136/bmj.c1345
Title	The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial,
Journal/Book	
Article type	Trial Randomizzato Controllato
Population	309 pazienti ricoverati legalmente capaci di intendere e di volere, di età pari o superiore a 80 anni, seguiti per sei mesi o fino al decesso.
Intervention	Intervento di cure di fine vita programmato
Comparison	Intervento di cure fine vita su rischiesta del paziente
Primary Outcome	Valutare se i desideri di fine vita di un paziente fossero noti e rispettati
Secondary Outcome	patient and family satisfaction with hospital stay and levels of stress, anxiety, and depression in relatives of patients who died.
Statement	5,6 e 7

First Author	Back
Publication Year	2005
DOI	10.3322/canjclin.55.3.164
Title	Approaching Difficult Communication Tasks in Oncology,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6 e 7

First Author	White
Publication Year	2008
DOI	10.1378/chest.08-0235
Title	Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida, Revisione Narrativa
Population	Pazienti ricoverati in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Stacey
Publication Year	2024
DOI	10.1002/14651858.CD001431.pub6
Title	Decision aids for people facing health treatment or screening decisions,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Cherny
Publication Year	2009
DOI	10.1177/0269216309107024
Title	European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework for the use of sedation in palliative care,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida, Revisione Narrativa
Population	Pazienti adulti sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Arantzamendi
Publication Year	2021
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2020.09.022
Title	Clinical Aspects of Palliative Sedation in Prospective Studies. A Systematic Review,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica
Population	Pazienti adulti sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Level of assessment sedation tools
Secondary Outcome	Medication for Sedation, Dose, Time Sedated, and Additional Medications
Statement	5,6,7,8

First Author	Mercadante
Publication Year	2022
DOI	10.1007/s00520-021-06685-w
Title	Pattern and characteristics of patients admitted to a hospice connected with an acute palliative care unit in a comprehensive cancer center,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Controllo del dolore e dei sintomi dopo la stabilizzazione
Secondary Outcome	Aiutare i pazienti e le famiglie con supporto sociale e psicologico
Statement	5,6,7,8

First Author	Dean
Publication Year	2007
DOI	10.1089/jpm.2006.0139
Title	Palliative sedation therapy in the last weeks of life: A literature review and recommendations for standards,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida e Revisione Narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Twycross
Publication Year	2019
DOI	10.1177/1178224218823511
Title	Reflections on palliative sedation,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Schildmann
Publication Year	2014
DOI	10.1089/jpm.2013.0511
Title	Palliative Sedation Therapy: A Systematic Literature Review and Critical Appraisal of Available Guidance on Indication and Decision Making,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Terapia di sedazione palliativa
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Dean
Publication Year	2012
DOI	10.1089/jpm.2011.0498
Title	Framework for continuous palliative sedation therapy in Canada,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Surges
Publication Year	2024
DOI	10.1177/02692163231220225
Title	Revised European Association for Palliative Care (EAPC) recommended framework on palliative sedation: An international Delphi study,
Journal/Book	
Article type	Consensus / Studio Delphi
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Cherny
Publication Year	2014
DOI	10.1093/annonc/mdu238
Title	ESMO Clinical Practice Guidelines for the management of refractory symptoms at the end of life and the use of palliative sedation,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Verkerk
Publication Year	2007
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2007.01.005
Title	A National Guideline for Palliative Sedation in The Netherlands,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Mahon
Publication Year	2010
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2010.01.009
Title	National Hospice and Palliative Care Organization (NHPCO) Position Statement and Commentary on the Use of Palliative Sedation in Imminently Dying Terminally Ill Patients,
Journal/Book	
Article type	Position Paper e Commentary
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Abarshi
Publication Year	2017
DOI	10.1136/bmjspcare-2016-001159
Title	International variations in clinical practice guidelines for palliative sedation: A systematic review,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Caratteristiche generali delle linee guida su fine vita e cure palliative.
Secondary Outcome	Ruolo della sedazione nelle cure di fine vita e nella pianificazione di una eventuale emergenza.
Statement	5,6,7,8

First Author	Imai
Publication Year	2020
DOI	10.1089/jpm.2019.0626
Title	The Principles of Revised Clinical Guidelines about Palliative Sedation Therapy of the Japanese Society for Palliative Medicine,
Journal/Book	
Article type	Linee Guida
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	di emergenza; Descrivere le indicazioni in cui la sedazione può o
Statement	5,6,7,8

First Author	Hasselaar
Publication Year	2020
DOI	10.1089/jpm.2019.0606
Title	European Palliative Sedation Project,
Journal/Book	
Article type	Editoriale
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	dovrebbe essere utilizzata; Descrivere le necessarie procedure di valutazione e consultazione; Specificare i requisiti di contenuto; Indicare la necessità di discutere il processo decisionale con la famiglia del paziente.
Statement	5,6,7,8

First Author	Morrison
Publication Year	2015
DOI	10.1056/NEJMra1404684
Title	Palliative Care for the Seriously Ill,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Indicazioni alla sedazione palliativa.
Statement	5,6,7,8

First Author	Pan
Publication Year	2001
DOI	10.1089/109662101753123922
Title	How Prevalent Are Hospital-Based Palliative Care Programs? Status Report and Future Directions,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Cure di fine vita
Comparison	Cure di fine vita
Primary Outcome	Sistemi di cure di fine vita
Secondary Outcome	dovrebbe essere utilizzata;
Statement	5,6,7,8

First Author	Bruinsma
Publication Year	2016
DOI	10.1371/journal.pone.0149250
Title	No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale con questionario
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Questionario
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Palliative care
Secondary Outcome	Descrizione delle procedure di valutazione e consultazione.
Statement	5,6,7,8

First Author	Maltoni
Publication Year	2012
DOI	10.1200/JCO.2011.37.3795
Title	Palliative Sedation in End-of-Life Care and Survival: A Systematic Review,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica
Population	1807 Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Cure di fine vita
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Tipo di cure palliative e sedazione
Secondary Outcome	necessarie;
Statement	5,6,7,8

First Author	Mercadante
Publication Year	2018
DOI	10.1186/s12871-018-0574-9
Title	Palliative care in intensive care units: why, where, what, who, when, how,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita in ICU
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Claessens
Publication Year	2008
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2007.10.004
Title	Palliative Sedation: A Review of the Research Literature,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a sedazione palliativa
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	5,6,7,8

First Author	Rietjens
Publication Year	2014
DOI	10.1136/medethics-2012-100561
Title	Approaches to suffering at the end of life: the use of sedation in the USA and Netherlands: Table 1,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale con interviste
Population	36 medici intervistati su dure di fine vita e cure palliative
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	cure palliative
Secondary Outcome	con la famiglia del paziente;
Statement	5,6,7,8

First Author	Caraceni
Publication Year	2018
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2018.03.008
Title	Palliative Sedation in Terminal Cancer Patients Admitted to Hospice or Home Care Programs: Does the Setting Matter? Results From a National Multicenter Observational Study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale
Population	4276 pazienti sottoposti a cure palliative
Intervention	Home care
Comparison	Hospice care
Primary Outcome	Delirio, Stress psicologico, Vomito
Secondary Outcome	Dispnea, dolore, emorragia
Statement	5,6,7,8

First Author	Rietjens
Publication Year	2008
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2007.10.014
Title	Palliative Sedation in a Specialized Unit for Acute Palliative Care in a Cancer Hospital: Comparing Patients Dying With and Without Palliative Sedation,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale retrospettivo comparativo
Population	157 pazienti deceduti durante il periodo di studio
Intervention	Pazienti che hanno ricevuto sedazione palliativa
Comparison	Pazienti che non hanno ricevuto sedazione palliativa
Primary Outcome	Sintomatologia dei pazienti che hanno ricevuto sedazione palliativa
Secondary Outcome	Nessuno
Statement	5,6,7,8

First Author	Mercadante
Publication Year	2025
DOI	10.1136/spcare-2023-004669
Title	Mortality rate and palliative sedation in an acute palliative care unit,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale /short report
Population	Pazienti sottoposti a sedazione palliativa in una unità di cure pallative acuta (APCU)
Intervention	Pazienti sottoposti a sedazione palliativa
Comparison	Pazienti deceduti senza sedazione palliativa
Primary Outcome	Dispnea, durata della sedazione palliativa
Secondary Outcome	Mortalità
Statement	6 e 7

First Author	Bandrauk
Publication Year	2018
DOI	10.1007/s12630-017-1002-1
Title	Withholding and withdrawing life-sustaining treatment: The Canadian Critical Care Society position paper,
Journal/Book	
Article type	Position paper
Population	Pazienti sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6 e 7

First Author	Downar
Publication Year	2016
DOI	10.1007/s00134-016-4330-7
Title	Guidelines for the withdrawal of life-sustaining measures,
Journal/Book	
Article type	Linee guida
Population	Misure di supporto vitale in pazienti oncologici
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6 e 7

First Author	Truog
Publication Year	2008
DOI	10.1097/CCM.0B013E3181659096
Title	Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: A consensus statement by the American College of Critical Care Medicine,
Journal/Book	
Article type	Linee guida
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6,7 e 8

First Author	Bertolini
Publication Year	2010
DOI	10.1007/s00134-010-1910-9
Title	End-of-life decision-making and quality of ICU performance: an observational study in 84 Italian units,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico multicentrico.
Population	3.793 pazienti consecutivi deceduti in terapia intensiva o dimessi in condizioni terminali nel 2005.
Intervention	Supporto terapeutico, senza decisioni di ritiro/sospensione; Supporto terapeutico, senza rianimazione cardiopolmonare (RCP) in caso di arresto cardiaco; Limitazione del trattamento.
Comparison	Decisione di non avviare un trattamento; Decisione di sospendere un trattamento già in corso.
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6,7 e 8

First Author	Amini
Publication Year	2015
DOI	10.1245/s10434-014-4226-0
Title	Palliative Care Training in Surgical Oncology and Hepatobiliary Fellowships: A National Survey of the Fellows,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale /Survey
Population	Un sondaggio auto-somministrato è stato distribuito a tutti i borsisti iscritti alle borse di studio della Society of Surgical Oncology (SSO) e dell'HPB durante l'anno accademico 2013-2014.
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	I medici in formazione hanno valutato la qualità della loro formazione in cure palliative
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6,7 e 8

First Author	Zucker
Publication Year	2023
DOI	10.1093/bjsopen/zrad015
Title	Training surgeons to optimize communication and symptom management in patients with life-limiting conditions: systematic review,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica
Population	Chirurghi sottoposti a percorsi di training formativo
Intervention	46 articoli inclusi
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6,7 e 8

First Author	Laserna
Publication Year	2020
DOI	10.1007/s00134-020-06139-7
Title	Pain management during the withholding and withdrawal of life support in critically ill patients at the end-of-life: a systematic review and meta-analysis,
Journal/Book	
Article type	Revisione Sistematica e Metanalisi
Population	Pazienti critici in fase di fine vita
Intervention	13 articoli inclusi
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	I tassi di utilizzo di oppioidi e analgesici utilizzati nei pazienti gravemente malati in terapia intensiva dopo la sospensione o l'interruzione del supporto vitale.
Secondary Outcome	Dosi utilizzate nei pazienti in fin di vita (prima della sospensione o dell'interruzione del supporto vitale) a 24, 12 e 4 ore prima del decesso e subito prima del decesso.
Statement	6,7 e 8

First Author	Robert
Publication Year	2020
DOI	10.1007/s00134-020-05930-w
Title	Sedation practice and discomfort during withdrawal of mechanical ventilation in critically ill patients at end-of-life: a post-hoc analysis of a multicenter study,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico multicentrico.
Population	458 pazienti critici in 43 unità di terapia intensiva francesi con decisione di sospensione della ventilazione meccanica invasiva mediante estubazione immediata o svezzamento terminale da febbraio 2013 ad aprile 2014
Intervention	Estubazione immediata per la fine della vita nei pazienti in terapia intensiva
Comparison	Svezzamento terminale per la fine della vita nei pazienti in terapia intensiva
Primary Outcome	Pazienti con disagio e sofferenti secondo scala RASS
Secondary Outcome	Pazienti non sofferenti secondo scala RASS
Statement	6,7 e 8

First Author	Epker
Publication Year	2015
DOI	10.1016/j.jpainsymman.2015.05.017
Title	An Observational Study on a Protocol for Withdrawal of Life-Sustaining Measures on Two Non-Academic Intensive Care Units in The Netherlands: Few Signs of Distress, No Suffering?,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico
Population	241 Pazienti adulti in cui era prevista la sospensione di MV e/o VAM
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Tassi di sospensione cure, livelli di sedazione, scale di discomfort e tempo fino alla morte del paziente.
Secondary Outcome	Farmaci somministrati per infusione endovenosa
Statement	6,7 e 8

First Author	Giarratano
Publication Year	2012
DOI	10.1097/ACO.0b013e3283530e7d
Title	The anesthesiologist and end-of-life care,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6,7 e 8

First Author	Cortegiani
Publication Year	2018
DOI	10.1007/s00520-017-4014-z
Title	Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey,
Journal/Book	
Article type	Survey
Population	Anestesisti-Rianimatori italiani
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Atteggiamenti verso le problematiche di fine vita in terapia intensiva tra gli anestesisti italiani
Secondary Outcome	Tipologia di trattamenti di fine vita effettuati
Statement	6 e 8

First Author	Matzo
Publication Year	2003
DOI	10.1097/00006223-200311000-00008
Title	The End-of-Life Nursing Education Consortium (ELNEC) Experience,
Journal/Book	
Article type	Commentary
Population	Presentazione di un programma di formazione per docenti formatori
Intervention	Insegnare con competenza le cure di fine vita e fornire le conoscenze, le competenze e le risorse necessarie per integrare efficacemente i contenuti di fine vita nei curricula infermieristici esistenti.
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6 e 8

First Author	Weissman
Publication Year	2002
DOI	10.1089/109662102760269733
Title	End-of-Life Curriculum Reform: Outcomes and Impact in a Follow-Up Study of Internal Medicine Residency Programs,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale prospettico multi-istituzionale
Population	Medici in formazione specialistica in medicina interna
Intervention	Questionario e Survey
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Valutare l'efficacia del programma di formazione per giovani medici internisti sulle cure di fine vita
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6 e 8

First Author	Solomon
Publication Year	2005
DOI	10.1016/j.pedn.2005.03.004
Title	The Initiative for Pediatric Palliative Care: An Interdisciplinary Educational Approach for Healthcare Professionals,
Journal/Book	
Article type	Commentary e Revisione narrativa
Population	Pazienti pediatrici che necessitano di cure di fine vita
Intervention	Percorso di formazione in cure palliative pediatriche
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	6 e 8

First Author	Murray
Publication Year	2010
DOI	10.1136/bmj.c4863
Title	Recognising and managing key transitions in end of life care,
Journal/Book	
Article type	Commentary e Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	8

First Author	Gardiner
Publication Year	2015
DOI	10.1136/bmjspcare-2010-000001rep
Title	Exploring the transition from curative care to palliative care: a systematic review of the literature,
Journal/Book	
Article type	Revisione sistematica
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Tutti gli studi del Regno Unito relativi alla transizione dalle cure curative alle cure palliative negli adulti di età superiore ai 18 anni
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Esperienze di transizione da parte di pazienti e assistenti; Riconoscimento e identificazione della fase di transizione.
Secondary Outcome	Ottimizzazione e miglioramento delle transizioni; Definizione e concettualizzazione delle transizioni.
Statement	8

First Author	Clarke
Publication Year	2003
DOI	10.1097/01.CCM.0000084849.96385.85
Title	Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit*,
Journal/Book	
Article type	Studio osservazionale e Revisione narrativa
Population	36 membri del gruppo di lavoro tra pari per la terapia intensiva di fine vita della Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) e 15 team di infermieri e medici provenienti da 15 unità di terapia intensiva affiliate ai membri del gruppo di lavoro
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Identificare le carenze documentate nelle cure di fine vita (EOLC) in terapia intensiva, identificando i domini chiave delle EOLC e i relativi indicatori di qualità da utilizzare in terapia intensiva attraverso un processo di consenso.
Secondary Outcome	Proporre specifici comportamenti e interventi clinici e organizzativi che possano utilizzati per migliorare gli indicatori di qualità delle EOLC.
Statement	8

First Author	Ferris
Publication Year	2003
DOI	10.1089/109662103768253713
Title	Competency in End-of-Life Care: Last Hours of Life,
Journal/Book	
Article type	Revisione narrativa
Population	Pazienti oncologici sottoposti a cure palliative e di fine vita
Intervention	Non applicabile
Comparison	Non applicabile
Primary Outcome	Non applicabile
Secondary Outcome	Non applicabile
Statement	8

B) Sintesi studi dal punto di vista del Paziente

B.1 - Tabella Studi selezionati

	Primo Autore:	Anno:	Doi:	Titolo:	Tipologia Articolo:
1	Moser A.	2021	10.1111/hex.13189	Improving the experience of older people with colorectal and breast cancer in patient-centred cancer care pathways using experience-based co-design.	Studio qualitativo experience-based.
2	Soon JJY	2023	10.1245/s10434-023-14190-z	Implementation of a Multi-Disciplinary Team and Quality of Goals of Care Discussions in Palliative Surgical Oncology Patients.	Studio osservazionale prospettico di coorte.
3	Collins LK	2013	10.1002/jso.23215	Patient reasoning in palliative surgical oncology.	Studio osservazionale.
4	Cox K	2011	10.1186/1472-684X-10-18	Is it recorded in the notes? Documentation of end-of-life care and preferred place to die discussions in the final weeks of life.	Studio osservazionale.
5	Liu PH	2014	10.1089/jpm.2013.0460	Physicians' propensity to discuss prognosis is associated with patients' awareness of prognosis for metastatic cancers.	Studio osservazionale.
6	Chang LF	2021	10.3390/ijerph18178992	Inpatient Hospice Palliative Care Unit and Palliative Consultation Service Enhance Comprehensive Quality of Life Outcomes in Terminally Ill Cancer Patients: A Prospective Longitudinal Study.	Studio osservazionale prospettico longitudinale.
7	Curtis JR	2011	10.1164/rccm.201006-1004OC	Effect of a quality-improvement intervention on end-of-life care in the intensive care unit: a randomized trial.	Trial Randomizzato Controllato.
8	Aslakson RA	2023	10.1001/jamanetworkopen.2023.14660	Effect of Perioperative Palliative Care on Health-Related Quality of Life Among Patients Undergoing Surgery for Cancer: A Randomized Clinical Trial.	Trial Randomizzato Controllato.
9	Detering KM	2010	10.1136/bmj.c1345	The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial.	Trial Randomizzato Controllato.
10	Rehme C	2022	10.1007/s11255-021-03073-5	Clinical outcome and quality of life in octogenarian patients with muscle-invasive urothelial carcinoma of the bladder treated with radical cystectomy or transurethral resection of the bladder tumor: a retrospective analysis of 143 patients.	Studio osservazionale.
11	Bruinsma SM	2016	10.1371/journal.pone.0149250	No Negative Impact of Palliative Sedation on Relatives' Experience of the Dying Phase and Their Wellbeing after the Patient's Death: An Observational Study	Studio osservazionale con questionario.

B.2 - Descrizione studi selezionati

Per realizzare un adeguato percorso clinico-assistenziale per il paziente oncologico adulto in ambito ospedaliero, si è ritenuto necessario individuare, sui principali database scientifici, gli studi che riportano il punto di vista del paziente, al fine di migliorare il percorso di cura ed esplorare nuove opportunità di intervento.

Moser et al. [161] hanno pubblicato uno studio qualitativo di tipo experience-based su pazienti affetti da carcinoma del colon-retto e della mammella. L'obiettivo era duplice: migliorare l'esperienza del percorso di cura oncologica negli anziani e, in secondo luogo, individuare le modalità più efficaci per coinvolgere questo gruppo vulnerabile. È emerso che i pazienti oncologici desiderano ricevere, durante i colloqui informativi, dati personalizzati sulla propria patologia, in particolare in relazione all'età, ai tassi di sopravvivenza e all'aspettativa di vita.

Soon et al. [70], attraverso uno studio osservazionale di coorte prospettico che ha incluso 126 pazienti, hanno sottolineato l'importanza della costituzione di un team multidisciplinare di chirurgia palliativa (MD-PALS) per analizzare e scegliere la soluzione terapeutica più appropriata in accordo con il paziente. Gli autori hanno inoltre sviluppato un modello di serie temporali interrotte (Interrupted Time Series, ITS) per valutare l'associazione tra l'implementazione dell'MD-PALS e la qualità delle discussioni sui Goals of Care (GOC), misurata mediante un punteggio a quattro livelli derivato da consenso.

Collins et al. [91], in uno studio prospettico osservazionale, hanno incluso 96 pazienti oncologici in fase avanzata di malattia, differenziandoli in base alla scelta di un trattamento chirurgico o non chirurgico. Sono state condotte interviste per identificare le motivazioni della scelta, gli esiti e la qualità di vita dopo la procedura. Le motivazioni più frequentemente riportate alla base della decisione terapeutica sono state la riduzione dei sintomi e/o il miglioramento della qualità della vita (46 pazienti). Trentotto pazienti hanno indicato la raccomandazione del medico, mentre 20 hanno scelto il trattamento per aumentare l'aspettativa di vita o nel tentativo di curare il cancro. Solo due pazienti hanno espresso la preoccupazione per le possibili complicanze chirurgiche come motivo determinante della scelta.

Molteplici studi analizzati[91], [134] confermano che il sollievo dai sintomi e il miglioramento della qualità della vita rappresentano le principali richieste dei pazienti nell'ambito delle cure oncologiche palliative.

Lo studio prospettico di Chang et al. [144] ha valutato l'efficacia di un'unità di cure palliative in ospedale (Palliative Care Unit, PCU) e di un servizio di consulenza palliativa (Palliative Care Service, PCS) sulla qualità globale della vita (CoQoLo) di pazienti oncologici in fase avanzata di malattia. Novanta pazienti sono stati valutati prima e sette giorni dopo l'avvio delle cure palliative. Non sono emerse differenze significative tra PCU e PCS, ma in entrambi i gruppi la qualità di vita è migliorata in modo significativo dopo sette giorni. Fattori quali età, religione, stato civile, rapporto con la famiglia, palliative prognostic index (PPI), e gravità dei sintomi hanno influenzato i livelli di CoQoLo. Gli autori hanno concluso che sia PCU sia PCS sono efficaci nel migliorare la qualità di vita dei pazienti oncologici in fase avanzata di malattia.

In uno studio clinico randomizzato controllato pubblicato su JAMA Network Open [197] è stato valutato se la gestione condivisa tra chirurghi e team di cure palliative migliori gli esiti riferiti dai pazienti sottoposti a chirurgia con intento curativo per tumori gastrointestinali ad elevata mortalità. I 359 pazienti inclusi sono stati assegnati alla sola gestione chirurgica oppure a una gestione integrata con cure palliative perioperatorie. L'endpoint primario era la qualità di vita a tre mesi dall'intervento; tra gli endpoint secondari figuravano il distress mentale e fisico. Non sono emerse differenze significative tra i due gruppi per qualità di vita, salute mentale o mortalità. Nonostante l'elevato utilizzo delle cure palliative anche nel gruppo di controllo, i risultati suggeriscono che, a differenza dell'oncologia medica, l'integrazione precoce delle cure palliative nella chirurgia oncologica non ha prodotto benefici sugli esiti riferiti dai pazienti in questo contesto.

Infine, lo studio osservazionale di Bruinsma et al. [236] ha esaminato l'impatto della sedazione palliativa non solo sui pazienti in fase avanzata di malattia, ma anche sul benessere dei familiari. In un'indagine condotta tra il 2010 e il 2013 nei Paesi Bassi, su parenti di pazienti deceduti per cause non improvvise in un centro oncologico e in un hospice, sono stati confrontati 151 pazienti sottoposti a sedazione palliativa e 90 non sedati. Non sono emerse differenze significative nella valutazione della qualità delle cure di fine vita, della qualità della vita nell'ultima settimana e della qualità del morire, né nel benessere psicologico, nella salute generale e nella soddisfazione di vita dei familiari dopo il decesso. I risultati indicano che la sedazione palliativa non ha avuto effetti negativi né sulla percezione della fase finale di vita del paziente né sul benessere dei parenti in lutto.

c) Sintesi studi dal punto di vista del Sanitario

C.1 - Tabella studi selezionati:

	Primo Autore:	Anno:	Doi:	Titolo:	Tipologia Articolo:
1	Rietjens JA	2012	10.1136/medethics-2012-100561	Approaches to suffering at the end of life: the use of sedation in the USA and Netherlands.	Studio osservazionale qualitativo con interviste face to face.
2	Sinuff T	2015	10.1016/j.jpainsymman.2014.12.007	Improving End-of-Life Communication and Decision Making: The Development of a Conceptual Framework and Quality Indicators.	Consensus.
3	Back AL	2007	10.1001/archinte.167.5.453	Efficacy of communication skills training for giving bad news and discussing transitions to palliative care.	Studio osservazionale multicentrico.
4	Cortegiani A	2018	10.1007/s00520-017-4014-z	Attitudes towards end-of-life issues in intensive care unit among Italian anesthesiologists: a nation-wide survey.	Studio osservazionale con survey.
5	Clarke EB	2003	10.1097/01.CCM.0000084849.96385.85	Critical Care End-Of-Life Peer Workgroup Members. Quality indicators for end-of-life care in the intensive care unit.	Studio osservazionale con revisione narrativa.

c.2 - Descrizione studi selezionati

Conoscere il punto di vista dei professionisti sanitari coinvolti nel percorso clinico del paziente oncologico è fondamentale per migliorare l'assistenza e favorire una pratica di cure oncologiche e palliative basata su informazioni complete; tuttavia, i dati disponibili a riguardo sono ancora limitati.

Rietjens et al. [240] hanno condotto interviste qualitative in presenza con 36 medici (18 dei Paesi Bassi e 18 degli Stati Uniti), comprendenti medici di medicina generale e medici specialisti. È stato adottato un campionamento intenzionale (purposive sampling) e le analisi sono state effettuate secondo il metodo del confronto costante. Lo studio ha evidenziato differenze tra medici statunitensi e olandesi nelle giustificazioni dell'uso della sedazione e nel grado di apertura con cui tale pratica veniva discussa. Gli autori raccomandano ulteriori chiarimenti sulle pratiche di sedazione e ulteriori ricerche sugli effetti e sull'efficacia della sedazione, al fine di favorire una riflessione informata e l'elaborazione di politiche appropriate.

Nel 2015 è stata realizzata una Consensus [205] con l'obiettivo di sviluppare indicatori di qualità relativi alla comunicazione e al processo decisionale di fine vita. È stato costituito un panel multidisciplinare di esperti, utilizzando un metodo Delphi modificato, per elaborare definizioni e modelli sulla comunicazione e sul processo decisionale di fine vita. Inoltre l'obiettivo era anche di definire gli indicatori di qualità. L'elenco finale degli indicatori comprendeva 34 voci, suddivise in quattro categorie del quadro concettuale: pianificazione anticipata delle cure (advance care planning, 8 indicatori), discussioni sugli obiettivi di cura (goals of care, 13 indicatori), documentazione (5 indicatori) e aspetti organizzativi/sistemici (8 indicatori).

Back et al. [173] hanno valutato l'efficacia di un programma di formazione sulle competenze comunicative per medici in formazione post-laurea a livello di comportamenti osservabili. Gli autori hanno progettato un workshop residenziale di comunicazione, denominato Oncotalk, destinato a specializzandi in oncologia. Lo studio di coorte pre e post-intervento ha coinvolto 115 specializzandi provenienti da 62 istituzioni durante un periodo di tre anni. Gli outcomes principali erano le competenze comunicative osservabili, misurate durante incontri con pazienti standardizzati prima e dopo il workshop, in due contesti: comunicazione di cattive notizie e discussione della transizione alle cure palliative. Gli incontri sono stati audio registrati e valutati da codificatori in cieco mediante un sistema di codifica validato, confrontando ciascun partecipante con sé stesso.

Nel 2018 è stata condotta un'indagine online tra anestesisti-rianimatori italiani, promossa dalla Società Italiana di Anestesia, Analgesia, Rianimazione e Terapia Intensiva (SIAARTI). Il questionario comprendeva 27 domande chiuse e 2 aperte, focalizzate sulla pratica delle cure palliative, sulla limitazione (withholding) e sospensione (withdrawal) delle terapie di sostegno vitale e sulla gestione del fine vita nelle unità di terapia intensiva (UTI) italiane. Lo studio ha coinvolto 805 medici e ha rilevato che quasi l'85% dei partecipanti non aveva ricevuto formazione in cure palliative o di supporto. Inoltre, in oltre il 70% delle UTI non era presente collaborazione con esperti di cure palliative [264].

In relazione a queste tematiche, una Consensus del 2003 si è proposta di identificare i principali domini dell'end-of-life care (EOLC) e i relativi indicatori di qualità da utilizzare nelle UTI. Un secondo obiettivo era proporre specifici comportamenti e interventi, clinici e organizzativi, volti a migliorare tali indicatori. I partecipanti erano i 36 membri del Robert Wood Johnson Foundation (RWJF) Critical Care End-of-Life Peer Workgroup e 15 team infermiere-medico provenienti da 15 UTI affiliate ai membri del gruppo di lavoro, rappresentando 14 UTI per adulti [281].

Sono stati identificati sette domini delle cure di fine vita in terapia intensiva: a) processo decisionale centrato su paziente e famiglia; b) comunicazione; c) continuità delle cure; d) supporto emotivo e pratico; e) gestione dei sintomi e cure di comfort; f) supporto spirituale; g) supporto emotivo e organizzativo per i professionisti della terapia intensiva.

All'interno di questi sette domini sono stati proposti 53 indicatori di qualità dell'EOLC, offrendo un quadro di riferimento per migliorare la pratica clinica e promuovere la qualità delle cure di fine vita in terapia intensiva.

ALLEGATO 4 - SINTESI ESITI PRIORITIZZAZIONE DEGLI SCOPE

	Come valutare in una situazione d'urgenza un/una paziente oncologico/a in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche?	Come valutare rischi/ benefici in un/una paziente oncologico/a in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che abbia indicazione ad una procedura chirurgica/ interventistica d'urgenza?	Come rispondere alla richiesta di consulenza in DEA/PS per un/una paziente, con sospetta o nota patologia oncologica, che presenti sintomatologia non controllata dalla terapia erogata?	In caso di un/ una paziente in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e sia non dimissibile, quale soluzione organizzativa?
1#	8	9	8	8
2#	9	9	7	8
3#	8	8	7	7
4#	8	8	8	7
5#	9	9	8	8
6#	9	9	9	9
7#	9	8	9	8
8#	9	7	8	8
9#	9	7	8	8
10#	9	7	8	8
11#	9	9	9	9
12#	9	9	9	9
13#	9	9	9	9
14#	9	9	9	9
15#	8	7	7	7
MINIMO	9	8	8	8
PRIMO QUARTILE 1	9	9	8	8
MEDIANA	**9**	**9**	**9**	**9**
TERZO QUARTILE 3	9	9	9	9
MASSIMO	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)
MEDIA	8,266666667	7,8	8,466666667	8,666666667
% AGREEMENT	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)

	In caso di un/una paziente oncologico/a in condizioni cliniche critiche che rifiuti il trattamento proposto, quale soluzione organizzativa?	In caso di un/una paziente oncologico/a, ricoverato/a in terapia intensiva o in reparto chirurgico, che abbia indicazione ad un percorso di cure palliative, quale soluzione organizzativa?	In caso di un/ una paziente oncologico/a con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa (SP) profonda continua, quale soluzione organizzativa?	Quali formazione, aggiornamento continuo e mantenimento delle competenze sono richiesti per i medici che devono affrontare queste situazioni cliniche complesse?
1#	7	9	9	6
2#	9	9	9	8
3#	7	7	8	7
4#	5	9	8	9
5#	9	8	8	9
6#	9	9	9	9
7#	7	8	9	9
8#	9	9	8	9
9#	9	9	8	9
10#	9	9	8	9
11#	9	9	9	9
12#	9	9	9	9
13#	9	9	9	9
14#	9	9	9	9
15#	5	7	8	6
MINIMO	7,5	9	8	9
PRIMO QUARTILE 1	9	9	9	9
MEDIANA	**9**	**9**	**9**	**9**
TERZO QUARTILE 3	9	9	9	9
MASSIMO	92,85% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	92,85% (IQR7-9)
MEDIA	8,266666667	7,8	8,466666667	8,666666667
% AGREEMENT	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)	100% (IQR7-9)

ALLEGATO 5 - SINTESI ESITI VOTAZIONE STATEMENT E RAZIONALI

	1.1 Tutti i malati oncologici che presentano condizioni cliniche critiche devono essere valutati per l'accesso a trattamenti intensivi e, per coloro che risultano candidabili, è indicato il ricovero in Terapia Intensiva.	1.2 L'indicazione ai trattamenti intensivi è di competenza dell'anestesista rianimatore. La decisione dovrebbe essere presa, ove possibile, attraverso una discussione multidisciplinare tra oncologo, anestesista rianimatore ed eventualmente altri professionisti, valutando prognosi, aspettative e possibilità di recupero.	1.3 Stabilire la prognosi della persona malata di tumore è competenza dell'oncologo curante, che in situazione d'urgenza si dovrebbe sempre cercare di contattare. Nell'impossibilità di consultarlo, si deve fare riferimento alla documentazione clinica disponibile e/o a quanto riferito dal paziente e/o dai suoi familiari.	1.4 In caso di patologia acuta intercorrente o di tossicità correlata alle terapie, la malattia oncologica non può rappresentare un pregiudizievole impedimento all'accesso ai trattamenti intensivi.	1.5 I trattamenti intensivi dovrebbero essere proposti a tutti i pazienti oncologici nei quali la risoluzione dell'evento acuto consentirebbe un beneficio rilevante in termini di aspettativa di vita.
1#	5	5	5	5	4
2#	4	4	5	5	5
3#	5	5	5	5	5
4#	5	5	5	5	5
5#	3	5	5	5	5
6#	5	5	5	5	5
7#	5	5	5	5	5
8#	5	5	5	5	5
9#	5	5	5	5	5
10#	5	5	5	5	5
11#	5	5	5	5	5
12#	4	5	5	4	5
13#	5	5	5	5	5
MINIMO	3	4	5	4	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5	5
% AGREEMENT	92,30% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	1.6 Non è indicato il ricovero in Terapia Intensiva dei pazienti non elegibili a trattamento oncologico e di quelli con performance status compromesso.	1.7 Nella decisione di sottoporre o meno il malato oncologico a trattamenti intensivi si dovrebbe tenere conto oltre che della prognosi oncologica anche delle comorbilità.	1.8 Le scale per la valutazione delle comorbilità e gli indicatori prognostici sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva e individuale della singola persona malata.	1.9 Nei casi di incerta definizione prognostica, potrebbe essere indicato un trattamento intensivo di durata o intensità limitate con una rivalutazione ad intervalli frequenti (anche quotidiani) dell'indicazione ai trattamenti intensivi in relazione all'evoluzione clinica.	1.10 L'accesso ai trattamenti intensivi deve sempre rispecchiare la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	1.11 La discussione multidisciplinare, il colloquio col paziente, gli obiettivi della Terapia Intensiva, la pianificazione degli interventi di cura condivisi devono essere registrati scrupolosamente nella cartella clinica ed aggiornati periodicamente.
1#	5	5	5	5	5	5
2#	5	5	5	4	5	5
3#	5	5	5	5	5	5
4#	5	5	5	5	5	5
5#	5	5	5	5	5	5
6#	5	5	5	5	5	5
7#	5	5	5	5	5	5
8#	5	5	5	5	5	5
9#	5	5	5	5	5	5
10#	5	5	5	5	5	5
11#	5	5	5	5	5	5
12#	4	5	5	4	5	5
13#	5	5	5	5	5	5
MINIMO	4	5	5	4	5	5
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	2.1 L'indicazione definitiva alla procedura invasiva o all'intervento chirurgico d'urgenza deve essere posta dal medico che eseguirà la procedura.	2.2 L'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza dovrebbe coinvolgere l'oncologo di riferimento del malato, al fine di garantire una corretta valutazione prognostica, in relazione al tipo e stadio di tumore e alla disponibilità o meno di terapie antitumorali.	2.3 L'anestesista rianimatore dovrebbe essere coinvolto precocemente nella discussione con il paziente e, insieme al medico che eseguirà la procedura invasiva o l'intervento chirurgico ed all'oncologo, contribuisce ad identificare il trattamento più idoneo in base alle condizioni cliniche ed all'impatto previsto della procedura stessa.	2.4 La candidabilità ad una procedura invasiva o intervento chirurgico in urgenza deve essere valutata in base a: aspettativa di vita in assenza dell'evento acuto, performance status, impatto sulla qualità di vita, disponibilità e beneficio atteso dalle opzioni di cure oncologiche, grado di invasività della procedura e volontà del malato.
1#	5	5	5	5
2#	5	5	5	5
3#	5	5	5	5
4#	5	5	5	5
5#	4	5	5	5
6#	4	5	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	5	5	5
9#	5	4	4	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	5	4
13#	5	5	5	5
MINIMO	4	4	4	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	2.5 Il paziente deve essere esaustivamente informato della proposta di una procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza, dei rischi e dei benefici attesi e delle eventuali alternative disponibili.	2.6 L'informativa al paziente deve sempre considerare i possibili rischi di complicanze anche mortali, che potrebbero richiedere ulteriori trattamenti invasivi.	2.7 La comunicazione dell'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza al paziente e/o ai suoi familiari deve essere gestita collegialmente dal team multidisciplinare o, in alternativa, da singole figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno del team.	2.8 La discussione con il paziente, le decisioni condivise, la pianificazione e gli obiettivi del percorso di cura devono essere registrati nella cartella clinica.
1#	5	5	5	5
2#	5	5	4	5
3#	5	5	5	5
4#	5	5	5	5
5#	5	5	5	5
6#	5	5	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	5	5	5
9#	5	4	4	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	5	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	5	4	4	5
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	3.1 Un sintomo è definito come non controllato quando gli appropriati trattamenti non sono capaci di assicurare un adeguato sollievo dalla sofferenza per un periodo accettabile.	3.2 I pazienti oncologici che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata dovrebbero essere attentamente monitorati per verificare se le loro condizioni cliniche migliorano o si stabilizzano oppure se sono nel fine vita.	3.3 In ogni ospedale sede di DEA/PS, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, dovrebbero essere presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	3.4 Le decisioni relative ai trattamenti non dovrebbero essere demandate ad una singola figura professionale ma, compatibilmente con le risorse umane disponibili e le circostanze fattuali, rappresentare il risultato di una valutazione collegiale multidisciplinare.
1#	5	5	5	5
2#	5	5	5	5
3#	5	5	5	5
4#	5	5	5	4
5#	5	5	5	5
6#	5	4	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	5	5	5
9#	5	5	5	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	4	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	5	4	4	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	3.5 Il percorso di cura dovrebbe essere personalizzato sulle esigenze di trattamento e le peculiari condizioni della singola persona malata.	3.6 Il paziente deve essere informato della proposta di trattamento, dei rischi potenziali e dei benefici attesi, nonché delle possibili alternative disponibili.	3.7 In ogni ospedale sede di DEA/PS, dovrebbero essere predisposte soluzioni organizzative formalizzate e condivise per il ricovero di pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati.
1#	5	5	5
2#	5	5	5
3#	5	5	5
4#	5	5	5
5#	5	5	5
6#	5	5	5
7#	5	5	5
8#	5	5	5
9#	5	5	5
10#	5	5	5
11#	5	5	5
12#	4	5	5
13#	5	5	5
MINIMO	4	5	5
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5
MASSIMO	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	4.1 I pazienti che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata devono essere attentamente monitorati.	4.2 In ogni ospedale sede di DH oncologico, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, è appropriato che siano presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	4.3 Anche in situazioni d'urgenza, le decisioni relative ai trattamenti intensivi dovrebbero essere condivise da un'équipe curante multidisciplinare.	4.4 Per il paziente non dimissibile a causa di sintomi non controllati, la soluzione organizzativa appropriata è il ricovero nel reparto pertinente per le esigenze di trattamento.	4.5 Si suggerisce che un team di cure palliative risponda alla richiesta di consulenza proveniente dal DH oncologico in caso di un paziente in fase avanzata di malattia.	4.6 Il paziente deve essere informato delle scelte relative agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari scaturite dalla discussione multidisciplinare dell'équipe curante.
1#	5	4	4	5	5	5
2#	5	5	5	5	5	5
3#	5	5	5	5	5	5
4#	5	5	5	5	5	5
5#	5	5	5	5	5	5
6#	5	5	5	5	5	5
7#	5	5	5	5	5	5
8#	5	5	5	5	5	5
9#	5	5	5	5	5	5
10#	5	5	5	5	5	5
11#	5	5	5	4	5	5
12#	5	5	5	5	4	5
13#	5	5	5	5	5	5
MINIMO	5	4	4	4	4	5
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	5.1 L'équipe multidisciplinare deve garantire una documentazione accurata e costante del processo comunicativo e clinico che porta all'espressione della volontà del paziente, inclusi l'eventuale revoca o il rifiuto ai trattamenti.	5.2 L'équipe curante deve garantire l'attivazione di procedure sistematiche per la verifica della presenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento o di una precedente Pianificazione Condivisa delle Cure al momento della presa in carico o del ricovero.	5.3 L'équipe multidisciplinare deve garantire una documentazione accurata e costante del processo comunicativo e clinico che porta all'espressione della volontà del paziente, inclusi l'eventuale revoca o il rifiuto ai trattamenti.	5.4 L'équipe curante deve garantire l'attivazione di procedure sistematiche per la verifica della presenza di Disposizioni Anticipate di Trattamento o di una precedente Pianificazione Condivisa delle Cure al momento della presa in carico o del ricovero.
1#	5	5	5	5
2#	5	5	5	5
3#	5	5	5	5
4#	5	5	5	5
5#	5	5	5	5
6#	5	5	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	4	5	4
9#	5	5	5	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	5	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	5	4	5	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	5.5 Una consulenza di Psicologia Clinica dovrebbe essere richiesta per sostenere la persona e la famiglia nel processo decisionale ed affrontare le difficoltà emotive.	5.6 Una consulenza di Cure Palliative deve essere richiesta, ove possibile, per facilitare la pianificazione sia del piano di cura alternativo sia del trasferimento o della dimissione dei pazienti che rifiutino il trattamento proposto.	5.7 L'équipe curante dovrebbe valutare di consultare, ove possibile, il Comitato per l'etica nella clinica per affrontare i dilemmi etici e garantire che la decisione della persona sia rispettata ed in linea con le normative giuridiche ed etiche.	5.8 L'équipe curante dovrebbe organizzare riunioni regolari per discutere il caso clinico, valutarne l'evoluzione ed adattare il piano di cura secondo le esigenze e le preferenze del paziente.
1#	5	5	5	4
2#	5	4	4	5
3#	4	5	4	5
4#	5	5	5	5
5#	5	5	5	5
6#	5	5	4	5
7#	5	5	5	5
8#	4	5	4	5
9#	5	5	5	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	5	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	4	4	4	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	4	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	6.1 Si suggerisce di adottare un modello organizzativo che colleghi stabilmente terapia intensiva e reparti chirurgici con la rete di cure palliative.	6.2 In terapia intensiva, la scelta tra modello consultivo ed integrato dipende dalle risorse disponibili e dall'organizzazione locale.	6.3 In chirurgia, il modello organizzativo consigliato è di tipo consultivo.	6.4 Ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un organo di coordinamento per la gestione della transizione da cure attive a cure palliative.
1#	5	4	4	5
2#	4	5	5	5
3#	5	4	5	4
4#	5	5	5	5
5#	5	5	5	5
6#	5	5	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	5	5	5
9#	5	5	5	5
10#	5	5	4	5
11#	2	4	2	4
12#	5	5	5	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	2	4	2	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	92,30% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	92,30% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	6.5 Gli indicatori per una transizione da cure intensive a cure palliative sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva ed individuale della persona malata.	6.6 Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve riflettere la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	6.7 Si suggerisce di implementare programmi strutturati di formazione e l'adozione di strumenti decisionali condivisi tra le équipe di terapia intensiva, chirurgia e cure palliative.
1#	5	5	5
2#	5	5	5
3#	5	5	5
4#	5	5	5
5#	5	5	5
6#	5	5	5
7#	5	5	5
8#	5	5	5
9#	5	5	5
10#	5	5	5
11#	5	5	2
12#	5	5	5
13#	5	5	5
MINIMO	5	5	2
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5
MASSIMO	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	92,30% (IQR 4-5)

	7.1 La sedazione palliativa è indicata in presenza di sofferenza intollerabile dovuta a sintomi refrattari che insorgono in un paziente oncologico in stadio avanzato e nella fase di morte imminente.	7.2 L'indicazione alla sedazione palliativa dovrebbe essere il risultato di una valutazione che coinvolga più di un curante dell'équipe.	7.3 Se nell'équipe curante non si possiedono le necessarie competenze e/o vi sono dubbi clinici o dilemmi etici sulla indicazione o gestione della sedazione palliativa, si dovrebbe richiedere tempestivamente la consulenza di cure palliative.	7.4 Con ogni persona capace di agire, quando emerge l'indicazione alla sedazione palliativa, si deve ricercare il consenso informato, se ciò è possibile ed appropriato in relazione alle sue condizioni cliniche.	7.5 Si dovrebbe chiedere alla persona, ove possibile, di comunicare ai suoi familiari la scelta della sedazione palliativa concordata con i curanti e/o di consentire al medico/équipe sanitaria di informarli.
1#	5	5	5	5	5
2#	5	5	5	5	4
3#	5	4	5	5	5
4#	5	5	5	5	5
5#	5	5	5	5	5
6#	5	5	5	5	4
7#	5	5	5	5	5
8#	5	5	5	5	5
9#	5	5	5	4	4
10#	5	4	5	5	5
11#	5	5	5	5	2
12#	5	5	5	5	5
13#	5	5	5	5	5
MINIMO	5	4	5	4	2
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	4
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	92,30% (IQR 4-5)

	7.6 Il processo decisionale, il contenuto della comunicazione tra il medico/l'équipe sanitaria e la persona, malata e l'acquisizione del consenso devono essere riportati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.	7.7 Se la persona non è capace di agire (non è mentalmente capace), si deve far riferimento, se presenti, alle Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o alla Pianificazione Condivisa delle Cure o al rappresentante legale; se assenti, il medico/équipe sanitaria deve decidere in base al giudizio sostitutivo e/o al criterio del miglior interesse della persona.	7.8 La sedazione palliativa dovrebbe essere attuata in ogni ospedale ed in tutti i setting di cura; se ciò non fosse possibile in alcuni setting, si dovrebbero predisporre procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per il trasferimento della persona in un setting ospedaliero appropriato alla gestione della sedazione palliativa.	7.9 Quando è indicata la sedazione palliativa, deve essere valutata una rimodulazione delle terapie e dei trattamenti di supporto vitale per la persona malata.
1#	5	4	5	5
2#	5	5	5	5
3#	5	5	5	4
4#	5	5	5	5
5#	5	5	5	5
6#	5	5	5	5
7#	5	5	5	5
8#	5	5	5	5
9#	5	5	5	5
10#	5	5	5	5
11#	5	5	5	5
12#	5	5	5	5
13#	5	5	5	5
MINIMO	5	4	5	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

	8.1 La formazione, l'aggiornamento continuo ed il mantenimento delle competenze dei professionisti sanitari sono fondamentali per garantire un percorso efficace e sicuro di cura del paziente oncologico critico in ospedale.	8.2 È auspicabile che le società scientifiche organizzino corsi di formazione ed aggiornamento per consentire ai professionisti sanitari di acquisire o mantenere competenze necessarie per gestire le situazioni cliniche complesse.	8.3 È auspicabile che i responsabili della formazione nelle strutture sanitare predispongano corsi di formazione ed aggiornamento aziendali specifici per la singola struttura ospedaliera.	8.4 I responsabili ed i coordinatori sanitari dovrebbero organizzare ed implementare.	8.5. Tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione del percorso dei pazienti oncologici dovrebbero partecipare periodicamente ad eventi formativi specifici che offrano uno sviluppo o l'aggiornamento delle competenze ed esperienze pratiche avanzate.
1#	5	5	4	4	5
2#	5	5	5	4	5
3#	5	5	5	5	5
4#	5	5	5	5	5
5#	5	5	5	5	5
6#	5	5	5	5	5
7#	5	5	5	5	5
8#	5	5	5	5	5
9#	5	5	5	5	5
10#	5	5	4	5	4
11#	5	5	5	5	5
12#	5	4	5	5	5
13#	5	5	5	5	5
MINIMO	5	4	4	4	4
PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	5
MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5
MASSIMO	5	5	5	5	5
% AGREEMENT	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)	100% (IQR 4-5)

ALLEGATO 6 – CONSULTAZIONE PUBBLICA

		Obiettivo organizzativo 1. Come valutare in una situazione d'urgenza un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		1.1 Tutti i malati oncologici che presentano condizioni cliniche critiche devono essere valutati per l'accesso a trattamenti intensivi e, per coloro che risultano candidabili, è indicato il ricovero in Terapia Intensiva.	1.2 L'indicazione ai trattamenti intensivi è di competenza dell'anestesista rianimatore. La decisione dovrebbe essere presa, ove possibile, attraverso una discussione multidisciplinare tra oncologo, anestesista rianimatore ed eventualmente altri professionisti, valutando prognosi, aspettative e possibilità di recupero.	1.3 Stabilire la prognosi della persona malata di tumore è competenza dell'oncologo curante, che in situazione d'urgenza si dovrebbe sempre cercare di contattare. Nell'impossibilità di consultarlo, si deve fare riferimento alla documentazione clinica disponibile e/o a quanto riferito dal paziente e/o dai suoi familiari.	1.4 In caso di patologia acuta intercorrente o di tossicità correlata alle terapie, la malattia oncologica non può rappresentare un pregiudizievole impedimento all'accesso ai trattamenti intensivi.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	4	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	4	5	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	3	5	4	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	4	4	4	3
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	3	4	4	3
	PRIMO QUARTILE 1	4	5	4	5
	MEDIANA	**4**	**5**	**4**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 1. Come valutare in una situazione d'urgenza un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		1.5 I trattamenti intensivi dovrebbero essere proposti a tutti i pazienti oncologici nei quali la risoluzione dell'evento acuto consentirebbe un beneficio rilevante in termini di aspettativa di vita.	1.6 Non è indicato il ricovero in Terapia Intensiva dei pazienti non elegibili a trattamento oncologico e di quelli con performance status compromesso.	1.7 Nella decisione di sottoporre o meno il malato oncologico a trattamenti intensivi si dovrebbe tenere conto oltre che della prognosi oncologica anche delle comorbilità.	1.8 Le scale per la valutazione delle comorbilità e gli indicatori prognostici sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva e individuale della singola persona malata.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	4	4	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	4	2	5	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	4	5	5	5
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	4	2	4	5
	PRIMO QUARTILE 1	4	4	5	5
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 1. Come valutare in una situazione d'urgenza un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità che presenti condizioni cliniche critiche? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		1.9 Nei casi di incerta definizione prognostica, potrebbe essere indicato un trattamento intensivo di durata o intensità limitate con una rivalutazione ad intervalli frequenti (anche quotidiani) dell'indicazione ai trattamenti intensivi in relazione all'evoluzione clinica.	1.10 L'accesso ai trattamenti intensivi deve sempre rispecchiare la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	1.11 La discussione multidisciplinare, il colloquio col paziente, gli obiettivi della Terapia Intensiva, la pianificazione degli interventi di cura condivisi devono essere registrati scrupolosamente nella cartella clinica ed aggiornati periodicamente.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	4	5	5	l'avvio o meno all'invasività non è questione meramente "tecnica" ma deve essere corroborato e sostenuto dall'attenzione alla relazione/comunicazione con la persona malata e i suoi caregivers
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	
	MINIMO	4	5	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 2. Come valutare rischi/benefici in un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità con indicazione ad eseguire una procedura invasiva o un intervento chirurgico d'urgenza? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		2.1 L'indicazione definitiva alla procedura invasiva o all'intervento chirurgico d'urgenza deve essere posta dal medico che eseguirà la procedura.	2.2 L'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza dovrebbe coinvolgere l'oncologo di riferimento del malato, al fine di garantire una corretta valutazione prognostica, in relazione al tipo e stadio di tumore e alla disponibilità o meno di terapie antitumorali.	2.3 L'anestesista rianimatore dovrebbe essere coinvolto precocemente nella discussione con il paziente e, insieme al medico che eseguirà la procedura invasiva o l'intervento chirurgico ed all'oncologo, contribuisce ad identificare il trattamento più idoneo in base alle condizioni cliniche ed all'impatto previsto della procedura stessa.	2.4 La candidabilità ad una procedura invasiva o intervento chirurgico in urgenza deve essere valutata in base a: aspettativa di vita in assenza dell'evento acuto, performance status, impatto sulla qualità di vita, disponibilità e beneficio atteso dalle opzioni di cure oncologiche, grado di invasività della procedura e volontà del malato.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	4	5	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	3	5	5	5
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	3	5	5	5
	PRIMO QUARTILE 1	4	5	5	5
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 2. Come valutare rischi/benefici in un paziente oncologico in fase avanzata di malattia o con gravi comorbilità con indicazione ad eseguire una procedura invasiva o un intervento chirurgico d'urgenza? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.				
		2.5 Il paziente deve essere esaustivamente informato della proposta di una procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza, dei rischi e dei benefici attesi e delle eventuali alternative disponibili.	2.6 L'informativa al paziente deve sempre considerare i possibili rischi di complicanze anche mortali, che potrebbero richiedere ulteriori trattamenti invasivi.	2.7 La comunicazione dell'indicazione alla procedura invasiva o intervento chirurgico d'urgenza al paziente e/o ai suoi familiari deve essere gestita collegialmente dal team multidisciplinare o, in alternativa, da singole figure professionali incaricate di riferire quanto deciso nel confronto all'interno del team.	2.8 La discussione con il paziente, le decisioni condivise, la pianificazione e gli obiettivi del percorso di cura devono essere registrati nella cartella clinica	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	4	5	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	5	Indicazione definitiva è frutto di una decisione collegiale, che condivide "in solido" scelte e responsabilità
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5	
	MINIMO	5	4	5	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 3. Come rispondere alla richiesta di consulenza in DEA/PS per un paziente con sospetta o nota patologia oncologica che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata?Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		3.1 Un sintomo è definito come non controllato quando gli appropriati trattamenti non sono capaci di assicurare un adeguato sollievo dalla sofferenza per un periodo accettabile.	3.2 I pazienti oncologici che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata dovrebbero essere attentamente monitorati per verificare se le loro condizioni cliniche migliorano o si stabilizzano oppure se sono nel fine vita.	3.3 In ogni ospedale sede di DEA/PS, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, dovrebbero essere presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	3.4 Le decisioni relative ai trattamenti non dovrebbero essere demandate ad una singola figura professionale ma, compatibilmente con le risorse umane disponibili e le circostanze fattuali, rappresentare il risultato di una valutazione collegiale multidisciplinare.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	4	4	5	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	2	5	5
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	4	2	5	5
	PRIMO QUARTILE 1	5	4	5	5
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 3. Come rispondere alla richiesta di consulenza in DEA/PS per un paziente con sospetta o nota patologia oncologica che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata?Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		3.5 Il percorso di cura dovrebbe essere personalizzato sulle esigenze di trattamento e le peculiari condizioni della singola persona malata.	3.6 Il paziente deve essere informato della proposta di trattamento, dei rischi potenziali e dei benefici attesi, nonché delle possibili alternative disponibili.	3.7 In ogni ospedale sede di DEA/PS, dovrebbero essere predisposte soluzioni organizzative formalizzate e condivise per il ricovero di pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	4	3.2 essere in fine vita non significa NON dover essere monitorato. un sintomo non controllato nel fine vita va attenzionato quanto quello di un paz più stabile. statement per me non chiaro
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	5	5	4	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 4. In caso di un paziente in fase avanzata di malattia in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		4.1 I pazienti che presentano sintomi non controllati dalla terapia erogata devono essere attentamente monitorati.	4.2 In ogni ospedale sede di DH oncologico, in caso di richiesta di consulenza per pazienti oncologici che presentino sintomi non controllati, è appropriato che siano presenti procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per l'esecuzione di valutazioni multidisciplinari.	4.3 Anche in situazioni d'urgenza, le decisioni relative ai trattamenti intensivi dovrebbero essere condivise da un'équipe curante multidisciplinare.	4.4 Per il paziente non dimissibile a causa di sintomi non controllati, la soluzione organizzativa appropriata è il ricovero nel reparto pertinente per le esigenze di trattamento.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	4	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	4	5	5	4
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	3
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	4	4	5	3
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	4
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 4. In caso di un paziente in fase avanzata di malattia in DH oncologico che presenti sintomi non controllati dalla terapia erogata e non sia dimissibile, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.		
		4.5 Si suggerisce che un team di cure palliative risponda alla richiesta di consulenza proveniente dal DH oncologico in caso di un paziente in fase avanzata di malattia.	4.6 Il paziente deve essere informato delle scelte relative agli accertamenti diagnostici ed ai trattamenti sanitari scaturite dalla discussione multidisciplinare dell'équipe curante.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	purtroppo a seguito dello shortage dei palliativisti è sempre più opportuna una formazione in cure palliative dei medici oncologi
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	4	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	4.4 se esiste il reparto pertinente. per es una Medicina generale supportata adeguatamente da rivalutazioni costanti di cure palliative ok altrimenti anche l'hospice può essere struttura per stabilizzazione di sintomi difficili (.. e ci sono reparti disponibili a prolungare ricoveri per adeguare un trattamento dei sintomi??)
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	
	MINIMO	5	4	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	
	MASSIMO	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 5. In caso di un paziente oncologico in condizioni cliniche critiche che rifiuti il trattamento proposto, quale soluzione organizzativa?Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		5.1 L'équipe curante è tenuta a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo.	5.2 L'équipe curante dovrebbe facilitare un dialogo aperto e continuo con la persona malata e la famiglia per esplorare le ragioni del rifiuto e fornire informazioni chiare e complete sulle opzioni alternative disponibili.	5.3 Il rifiuto al trattamento proposto dall'équipe multidisciplinare è acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente ed è inserito nella cartella clinica.	5.4 L'équipe curante dovrebbe verificare se la persona ha redatto delle Disposizioni Anticipate di Trattamento che esprimano le sue scelte in caso di futura incapacità di prendere decisioni.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	5
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	5	5	5	5
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 5. In caso di un paziente oncologico in condizioni cliniche critiche che rifiuti il trattamento proposto, quale soluzione organizzativa?Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.				
		5.5 Una consulenza di Psicologia Clinica dovrebbe essere richiesta per sostenere la persona e la famiglia nel processo decisionale ed affrontare le difficoltà emotive.	5.6 Una consulenza di Cure Palliative deve essere richiesta, ove possibile, per facilitare la pianificazione sia del piano di cura alternativo sia del trasferimento o della dimissione dei pazienti che rifiutino il trattamento proposto.	5.7 L'équipe curante dovrebbe valutare di consultare, ove possibile, il Comitato per l'etica nella clinica per affrontare i dilemmi etici e garantire che la decisione della persona sia rispettata ed in linea con le normative giuridiche ed etiche.	5.8 L'équipe curante dovrebbe organizzare riunioni regolari per discutere il caso clinico, valutarne l'evoluzione ed adattare il piano di cura secondo le esigenze e le preferenze del paziente.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5	5.8 Lo psicologo può valutare la presenza di problemi di adattamento, disturbi comportamentali, distress psicologico e sofferenza esistenziale allo scopo di prendersene cura con interventi specifici.
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	3	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	4	5	4	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	5	la consulenza psiconcologica dovrebbe far parte di tutto il percorso di cura del paziente
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5	
	MINIMO	4	5	3	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	4	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-47	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 6. In caso di un paziente oncologico ricoverato in terapia intensiva o in reparto chirurgico che abbia indicazione ad un percorso di cure palliative, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		6.1 Si suggerisce di adottare un modello organizzativo che colleghi stabilmente terapia intensiva e reparti chirurgici con la rete di cure palliative.	6.2 In terapia intensiva, la scelta tra modello consultivo ed integrato dipende dalle risorse disponibili e dall'organizzazione locale.	6.3 In chirurgia, il modello organizzativo consigliato è di tipo consultivo.	6.4 Ogni ospedale dovrebbe dotarsi di un organo di coordinamento per la gestione della transizione da cure attive a cure palliative.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	3
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	4	4	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	4	3	4
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5
	MINIMO	5	4	3	3
	PRIMO QUARTILE 1	5	4	4	4
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 6. In caso di un paziente oncologico ricoverato in terapia intensiva o in reparto chirurgico che abbia indicazione ad un percorso di cure palliative, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.			
		6.5 Gli indicatori per una transizione da cure intensive a cure palliative sono strumenti di supporto e non possono sostituire la valutazione complessiva ed individuale della persona malata.	6.6 Il percorso di transizione da cure intensive a cure palliative deve essere coerente con la volontà del paziente, espressa esplicitamente o ricostruita.	6.7 Si suggerisce di implementare programmi strutturati di formazione e l'adozione di strumenti decisionali condivisi tra le équipe di terapia intensiva, chirurgia e cure palliative.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	3	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	6.3 come "minimum set " si
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	
	MINIMO	5	3	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 7. In caso di un paziente oncologico con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.				
		7.1 La sedazione palliativa è indicata in presenza di sofferenza intollerabile dovuta a sintomi refrattari che insorgono in un paziente oncologico in stadio avanzato e nella fase di morte imminente.	7.2 L'indicazione alla sedazione palliativa dovrebbe essere il risultato di una valutazione che coinvolga più di un curante dell'équipe.	7.3 Se nell'équipe curante non si possiedono le necessarie competenze e/o vi sono dubbi clinici o dilemmi etici sulla indicazione o gestione della sedazione palliativa, si dovrebbe richiedere tempestivamente la consulenza di cure palliative.	7.4 Con ogni persona capace di agire, quando emerge l'indicazione alla sedazione palliativa, si deve ricercare il consenso informato, se ciò è possibile ed appropriato in relazione alle sue condizioni cliniche.	7.5 Si dovrebbe chiedere alla persona, ove possibile, di comunicare ai suoi familiari la scelta della sedazione palliativa concordata con i curanti e/o di consentire al medico/équipe sanitaria di informarli.
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5	5
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5	5
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	5	5
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	4	5	5	5	5
Flavio Fusco, SICP	**5#**	4	4	5	5	5
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5	5
	MINIMO	4	4	5	5	5
	PRIMO QUARTILE 1	4	5	5	5	5
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5
	MASSIMO	5	5	5	5	5
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5

		Obiettivo organizzativo 7. In caso di un paziente oncologico con sintomi refrattari che necessiti di sedazione palliativa, quale soluzione organizzativa? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.				
		7.6 Il processo decisionale, il contenuto della comunicazione tra il medico/l'équipe sanitaria e la persona, malata e l'acquisizione del consenso devono essere riportati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico.	7.7 Se la persona non è capace di agire (non è mentalmente capace), si deve far riferimento, se presenti, alle Disposizioni Anticipate di Trattamento e/o alla Pianificazione Condivisa delle Cure o al rappresentante legale; se assenti, il medico/ équipe sanitaria deve decidere in base al giudizio sostitutivo e/o al criterio del miglior interesse della persona.	7.8 La sedazione palliativa dovrebbe essere attuata in ogni ospedale ed in tutti i setting di cura; se ciò non fosse possibile in alcuni setting, si dovrebbero predisporre procedure aziendali o protocolli formalizzati e condivisi per il trasferimento della persona in un setting ospedaliero appropriato alla gestione della sedazione palliativa.	7.9 Quando è indicata la sedazione palliativa, deve essere valutata una rimodulazione delle terapie e dei trattamenti di supporto vitale per la persona malata.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5	
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	4	5	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	4	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	3	5	5	7.7 non escludere la famiglia dal processo decisionale, con "family conference", intensa ricerca delle volontà pregresse etc
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5	
	MINIMO	5	3	4	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	4	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	83,3% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

		Obiettivo organizzativo 8. Quali formazione, aggiornamento continuo e mantenimento delle competenze sono richiesti per i medici che devono affrontare queste situazioni cliniche complesse? Indica per ogni statement il tuo grado di accordo tra 1-2 (disaccordo), 3 (incertezza) e 4-5 (massimo accordo). Se inserisci un valore tra 1 e 3 indica nel campo commenti le ragioni specificando lo statement di riferimento.					
		8.1 La formazione, l'aggiornamento continuo ed il mantenimento delle competenze dei professionisti sanitari sono fondamentali per garantire un percorso efficace e sicuro di cura del paziente oncologico critico in ospedale.	8.2 È auspicabile che le società scientifiche organizzino corsi di formazione ed aggiornamento per consentire ai professionisti sanitari di acquisire o mantenere competenze necessarie per gestire le situazioni cliniche complesse.	8.3 È auspicabile che i responsabili della formazione nelle strutture sanitare predispongano corsi di formazione ed aggiornamento aziendali specifici per la singola struttura ospedaliera.	8.4 I responsabili ed i coordinatori sanitari dovrebbero organizzare ed implementare collaborazioni interdisciplinari nei percorsi di risposta alle situazioni cliniche complesse.	8.5. Tutti i professionisti sanitari coinvolti nella gestione del percorso dei pazienti oncologici dovrebbero partecipare periodicamente ad eventi formativi specifici che offrano uno sviluppo o l'aggiornamento delle competenze ed esperienze pratiche avanzate.	Commenti
Donatella Scarponi, SIPO	**1#**	5	5	5	5	5	
Andrea Bovero, SIPO	**2#**	5	5	5	5	5	sottolineare la necessita di formazione nella valutazione del distress psico-esistenziale.
Rosa Rita Silva, CIPOMO	**3#**	5	5	5	5	5	
Rosario Caruso, AIIAO	**4#**	5	5	5	5	5	
Flavio Fusco, SICP	**5#**	5	5	5	5	5	
Elena Bignami, CPAR	**6#**	5	5	5	5	5	
	MINIMO	5	5	5	5	5	
	PRIMO QUARTILE 1	5	5	5	5	5	
	MEDIANA	**5**	**5**	**5**	**5**	**5**	
	TERZO QUARTILE 3	5	5	5	5	5	
	MASSIMO	5	5	5	5	5	
	ACCORDO	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	100% IQR 4-5	

ALLEGATO 7 - RIFERIMENTI NORMATIVI

LEGGE 22 dicembre 2017, n. 219 Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento.

Art. 1 Consenso informato

Comma 1. "... nessun trattamento sanitario può essere iniziato o proseguito se privo del consenso libero e informato della persona interessata, tranne che nei casi espressamente previsti dalla legge."

Comma 3. "Ogni persona ha il diritto di conoscere le proprie condizioni di salute e di essere informata in modo completo, aggiornato e a lei comprensibile riguardo alla diagnosi, alla prognosi, ai benefici e ai rischi degli accertamenti diagnostici e dei trattamenti sanitari indicati, nonché' riguardo alle possibili alternative e alle conseguenze dell'eventuale rifiuto del trattamento sanitario e dell'accertamento diagnostico o della rinuncia ai medesimi. Può rifiutare in tutto o in parte di ricevere le informazioni ovvero indicare i familiari o una persona di sua fiducia incaricati di riceverle e di esprimere il consenso in sua vece se il paziente lo vuole. Il rifiuto o la rinuncia alle informazioni e l'eventuale indicazione di un incaricato sono registrati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 4. "Il consenso informato, acquisito nei modi e con gli strumenti più consoni alle condizioni del paziente, è documentato in forma scritta o attraverso videoregistrazioni o, per la persona con disabilità, attraverso dispositivi che le consentano di comunicare. Il consenso informato, in qualunque forma espresso, è inserito nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 5. "Ogni persona capace di agire ha il diritto di rifiutare, in tutto o in parte, con le stesse forme di cui al comma 4, qualsiasi accertamento diagnostico o trattamento sanitario indicato dal medico per la sua patologia o singoli atti del trattamento stesso. Ha, inoltre, il diritto di revocare in qualsiasi momento, con le stesse forme di cui al comma 4, il consenso prestato, anche quando la revoca comporti l'interruzione del trattamento. .... Qualora il paziente esprima la rinuncia o il rifiuto di trattamenti sanitari necessari alla propria sopravvivenza, il medico prospetta al paziente e, se questi acconsente, ai suoi familiari, le conseguenze di tale decisione e le possibili alternative e promuove ogni azione di sostegno al paziente medesimo, anche avvalendosi dei servizi di assistenza psicologica. Ferma restando la possibilità per il paziente di modificare la propria volontà, l'accettazione, la revoca e il rifiuto sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Comma 6. "Il medico è tenuto a rispettare la volontà espressa dal paziente di rifiutare il trattamento sanitario o di rinunciare al medesimo e, in conseguenza di ciò, è esente da responsabilità civile o penale. Il paziente non può esigere trattamenti sanitari contrari a norme di legge, alla deontologia professionale o alle buone pratiche clinico-assistenziali; a fronte di tali richieste, il medico non ha obblighi professionali."

Comma 7. "Nelle situazioni di emergenza o di urgenza il medico e i componenti dell'equipe sanitaria assicurano le cure necessarie, nel rispetto della volontà del paziente ove le sue condizioni cliniche e le circostanze consentano di recepirla."

Comma 9. "Ogni struttura sanitaria pubblica o privata garantisce con proprie modalità organizzative la piena e corretta attuazione dei principi di cui alla presente legge, assicurando l'informazione necessaria ai pazienti e l'adeguata formazione del personale."

Comma 10. "La formazione iniziale e continua dei medici e degli altri esercenti le professioni sanitarie comprende la formazione in materia di relazione e di comunicazione con il paziente, di terapia del dolore e di cure palliative."

Art. 2. Terapia del dolore, divieto di ostinazione irragionevole nelle cure e dignità nella fase finale della vita

Comma 1. "Il medico, avvalendosi di mezzi appropriati allo stato del paziente, deve adoperarsi per alleviarne le sofferenze, anche in caso di rifiuto o di revoca del consenso al trattamento sanitario indicato dal medico. A tal fine, è sempre garantita un'appropriata terapia del dolore, con il coinvolgimento del medico di medicina generale e l'erogazione delle cure palliative di cui alla legge 15 marzo 2010, n. 38."

Comma 2. "Nei casi di paziente con prognosi infausta a breve termine o di imminenza di morte, il medico deve astenersi

da ogni ostinazione irra¬gionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati. In presenza di sofferenze refrattarie ai trattamenti sanitari, il medico può ricorrere alla sedazione palliativa profonda continua in associazione con la terapia del dolore, con il consenso del paziente."
Comma 3. "Il ricorso alla sedazione palliativa profonda continua (o il rifiuto della stessa) sono motivati e sono annotati nella cartella clinica e nel fascicolo sanitario elettronico."

Art. 4. Disposizioni anticipate di trattamento
Comma 1. "Ogni persona maggiorenne e capace di intendere e di volere, in previsione di un'eventuale futura incapacità di autodeterminarsi e dopo avere acquisito adeguate informazioni mediche sulle conseguenze delle sue scelte, può, attraverso le DAT, esprimere le proprie volontà in materia di trattamenti sanitari, nonché' il consenso o il rifiuto rispetto ad accertamenti diagnostici o scelte terapeutiche e a singoli trattamenti sanitari."
Comma 5. "Fermo restando quanto previsto dal comma 6 dell'articolo 1, il medico è tenuto al rispetto delle DAT, le quali possono essere disattese, in tutto o in parte, dal medico stesso, in accordo con il fiduciario, qualora esse appaiano palesemente incongrue o non corrispondenti alla condizione clinica attuale del paziente ovvero sussistano terapie non prevedibili all'atto della sottoscrizione, capaci di offrire concrete possibilità di miglioramento delle condizioni di vita."

Art. 5. Pianificazione condivisa delle cure
Comma 1. "Nella relazione tra paziente e medico di cui all'articolo 1, comma 2, rispetto all'evolversi delle conseguenze di una patologia cronica e invalidante o caratterizzata da inarrestabile evoluzione con prognosi infausta, può essere realizzata una pianificazione delle cure condivisa tra il paziente e il medico, alla quale il medico e l'equipe sanitaria sono tenuti ad attenersi qualora il paziente venga a trovarsi nella condizione di non poter esprimere il proprio consenso o in una condizione di incapacità."

****

Intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 25 luglio 2012, Rep. n. 152, di definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore [229].

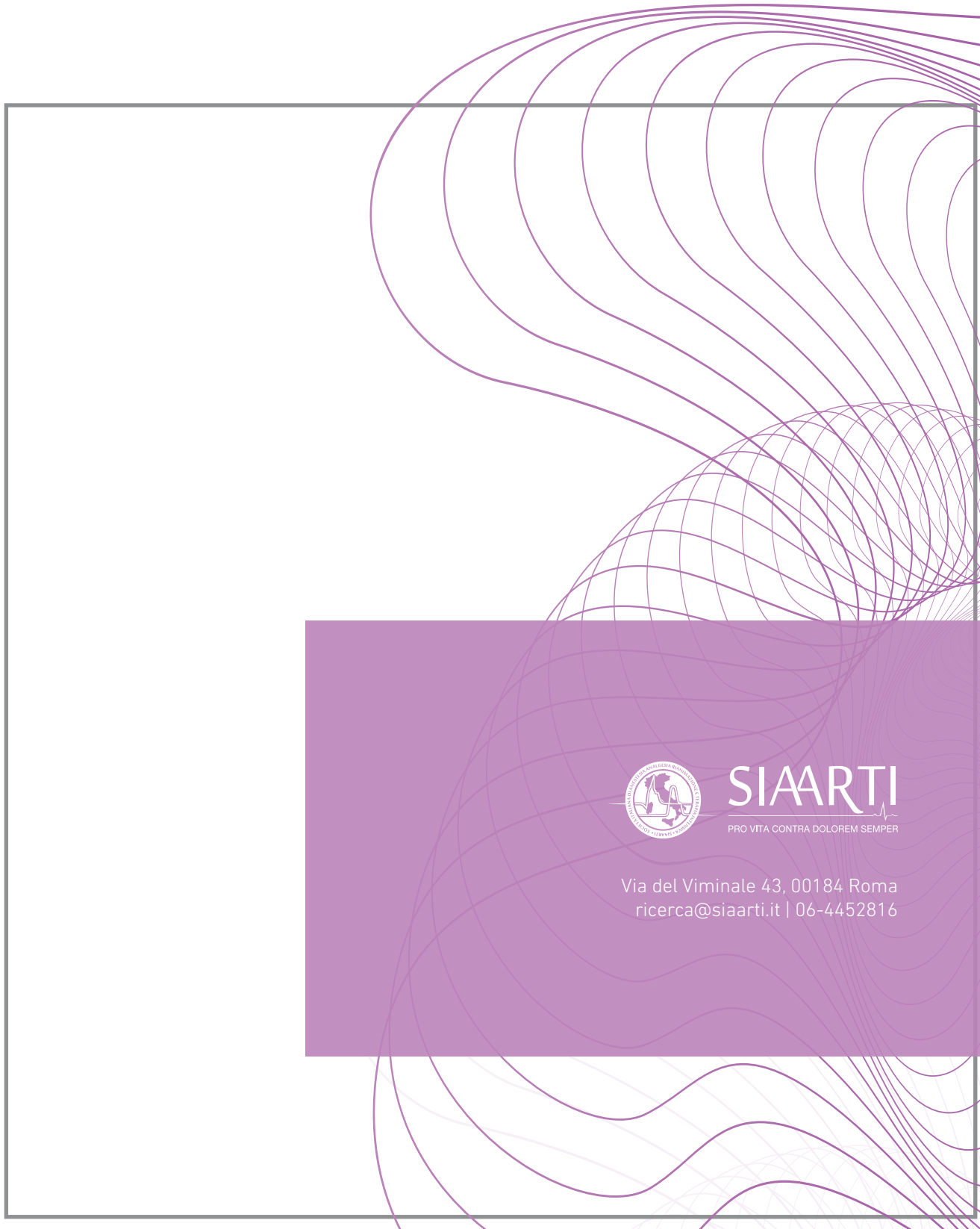
Assistenza ospedaliera
"Le cure palliative in ospedale, nell'ambito della rete di cure palliative, sono caratterizzate: consulenza palliativa, assicurata da un'équipe medico-infermieristica con specifica competenza ed esperienza."

ALLEGATO 8 - DICHIARAZIONE CONFORMITÀ NORMATIVE VIGENTI

Il presente documento di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative è stato redatto in conformità con la normativa vigente in materia di raccomandazioni e linee guida cliniche. In particolare, si attesta che:

- le raccomandazioni contenute sono coerenti con i riferimenti normativi previsti dalla Legge Gelli-Bianco (Legge n. 24/2017), in quanto elaborate secondo un processo metodologico trasparente, condiviso e documentato, come previsto dal Manuale di indirizzo metodologico per la produzione di Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative (V. novembre 2025)
- sono state rispettate le disposizioni di reporting previste dal manuale Buone Pratiche Clinico-Assistenziali Organizzative- Elenco Allegati (V. 24 Giugno 2025)
- è garantita l'aderenza ai criteri AGENAS per la produzione di raccomandazioni evidence-based, con particolare attenzione alla dichiarazione di conflitti di interesse, all'indipendenza editoriale e alla tracciabilità del processo di sviluppo.

Questo documento è dunque conforme agli standard stabiliti dalle autorità sanitarie nazionali e regionali, rappresentando uno strumento utile alla pratica clinica quotidiana e alla promozione della sicurezza del paziente.



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

Via del Viminale 43, 00184 Roma
ricerca@siaarti.it | 06-4452816